

医療等の状況

平成 年 月 分

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に使うものです。

被災児童 生徒等	氏名		男	昭和	年	月	日生
			女	平成			
負傷名							転 帰
							治 癒 中
手術開始の年月日	平成 年 月 日	手術終了の年月日	平成 年 月 日	手術実日数	日		
手術の種類	回数	一回の料金 円	加算料金		手術料金 円	手術を行った期間 月 日	
初検料			時間外 休日・深夜	円	円	月 日	
初検時 相談支援料			夜間難路 暴風雨雪			月 日から	
往療料			片道 km			月 日まで	
整復料						月 日	
固定料						月 日	
施療料						月 日	
後療料						月 日から 月 日まで	
罨法料			回数	一回の料金 円		月 日から 月 日まで	
その他							
備考							
合計							円
上記のとおりです。							
平成 年 月 日 住所							
柔道整復師 氏名 印							
※決 定							円 × $\frac{4}{10}$ = 円
							円
	合 計						円

- (注) 1 この医療等の状況は、柔道整復師から施術を受けた場合に使用すること。
 2 ※印は、記入しないこと。
 3 この医療等の状況の用紙は、日本工業規格A4縦型とすること。