

医療等の状況

平成 年 月 日

○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 ゆ	継 続 中	転 医
施術開 始の 年月日	平成 年 月 日		施術終 了の 年月日	平成 年 月 日		施術 実日 数	日	
施術の 種類	回 数	一 回 の 金	加算料金		施術料金	施術を行った 期間		
初検料		円	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		月 日から 月 日まで		
			回	円				
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。