

治療用装具
生 血 明 細 書

立

学校(園)

○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。

医療機関の證明	被災児童生徒等	氏名	男 女	平成 令和	年	月	日	
	傷病名		初診年月日	令和 年 月 日				
			装具装着、生血使用年月日	令和 年 月 日				
	装具装着の理由							
			装具装着の場合、装具の種類及び型式	生血使用の場合、生血の使用量	ml			
	令和 年 月 日 医療機関所在地及び名称 氏名							
	装具装着の場合	装具製作会社の所在地及び名称						
	生血場所	供血者の氏名及び被災児童生徒等との続柄						
	装具装着又は生血に要した費用		円					
上記のとおりです。 令和 年 月 日 住 所 保 護 者 等 氏 名								
※決 定	円 × $\frac{4}{10}$ = 円							
	円							
	円							

- (注) 1 治療用装具については、その作製の装具製作会社、医療器材店又は医療機関の領収書の写を添付すること。
 2 生血については、供血者の領収書の写を添付すること。
 3 ※印は、記入しないこと。
 4 この明細書の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。

【お願い】上記証明において公費負担医療制度の利用状況について下欄の記入にご協力ください。（＊該当する項目に□をつけてください。）							
①記入者*	②公費負担医療制度*			□乳幼児 □ひとり親 □子ども医療助成 □障害者総合支援法* □その他 (利用している制度を記入) []			
	□ 保護者	□ 学校(園)	□ 設置者	□ 医療機関	□ 利用なし (記入終了)	□ 利用あり (右欄記入)	自己負担額 (「利用あり」の場合に記入)

【保護者のみなさまへ】

治療用装具を購入した場合は、本用紙に証明していただいてください。

- ・本様式の下半分は、保護者の方が記入をお願いします。
- ・装具製作会社、医療器材店又は医療機関の領収書の写しを添付してください。
- ・装具装着年月日と同月の「医療等の状況」と一緒に請求してください。
- ・災害共済給付制度は、学校・保育所等の管理下で発生する災害に対して給付を行い、教育活動の円滑な実施に資することを目的として設立された公的な互助共済制度です。請求に必要な「医療等の状況」等は、医師、歯科医師、薬剤師、柔道整復師、鍼灸師のみなさまの特別の配慮によりご協力をいただいております。医療機関等に証明していただくにあたっては、用紙を持参してもその場ですぐに書いていただけない場合もありますことをご了承ください。
- ・受診した月から2年間請求を行わなかった場合は、時効により給付が受けられなくなりますので、速やかに学校・保育所等に提出してください。

「治療用装具明細書」の記入方法

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業務にご協力をいただき、ありがとうございます。

治療用装具の証明に当たっては、以下の記入例に基づきご対応いただきますようお願い申し上げます。

- ①診療担当医師により治療遂行上必要と認められ、当該傷病の治療中に購入し、装着又は輸血した治療用装具・生血（新鮮血）について、証明をお願いします。
- ②治療終了後に日常生活や美容上の目的で装着・使用される場合は、給付対象にはなりません。
- ③柔道整復師の指示による治療用装具の購入は、給付対象にはなりません。

別紙3(6)		治療用装具 明 細 書		立	学校(園)										
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。	被災児童等 生徒等 氏名	安全 健二		男 平成〇年〇月〇日生 女 合和	学校(保育所等) 記入欄										
	医療機関の 証明	傷病名	右足関節骨折	初診年月日 令和〇年5月10日	装具装着、生血使用年月日 令和〇年6月2日										
		装具装着又 は生血使用 を必要とし た理由	右足関節骨折の治療のため足関節の固定を必要とする。												
		装具装着の 場合、装具の 種類及び 型式	右短下肢装具	生血使用の 場合、生血 の使用量											
		令和〇年6月2日 医療機関所在地及び名称 氏名	〇〇市△△1-2-3 口口病院 健康 太郎												
	装具 の 場 合 使 用	装具製作会 社の所在地 及び名称	〇〇市△△4-5 〇〇株式会社												
		供血者の氏 名及び被災 児童生徒等 との統柄													
		装具装着又は生 血に要した費用	7,800 円												
		上記のとおりです。 令和〇年6月7日 保護者等 氏名	住所 〇〇市△△6-7 安全 健一												
	※決定		円 × $\frac{4}{10}$ = 円 円 合計 円												
(注) 1 治療用装具については、その作製の装具製作会社、医療器材店又は医療機関の領収書の写しを添付すること。 2 生血については、供血者の領収書の写しを添付すること。 3 ※印は、記入しないこと。 4 この明細書の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。															
<p>【お願い】上記証明において公費負担医療制度の利用状況について下欄の記入にご協力ください。（*該当する項目に□をつけてください。）</p> <table border="1"><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> 記入者*</td><td><input checked="" type="checkbox"/> 公費負担医療制度*</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 保護者</td><td><input type="checkbox"/> 乳幼児 ひとり親 子ども医療助成</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 学校(園)</td><td><input type="checkbox"/> □その他 (選択している制度を記入)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 教職者</td><td><input type="checkbox"/> 自己負担額 (ご利用かぎりの場合は記入)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 医療機関</td><td>円</td></tr></table>						<input checked="" type="checkbox"/> 記入者*	<input checked="" type="checkbox"/> 公費負担医療制度*	<input type="checkbox"/> 保護者	<input type="checkbox"/> 乳幼児 ひとり親 子ども医療助成	<input type="checkbox"/> 学校(園)	<input type="checkbox"/> □その他 (選択している制度を記入)	<input type="checkbox"/> 教職者	<input type="checkbox"/> 自己負担額 (ご利用かぎりの場合は記入)	<input type="checkbox"/> 医療機関	円
<input checked="" type="checkbox"/> 記入者*	<input checked="" type="checkbox"/> 公費負担医療制度*														
<input type="checkbox"/> 保護者	<input type="checkbox"/> 乳幼児 ひとり親 子ども医療助成														
<input type="checkbox"/> 学校(園)	<input type="checkbox"/> □その他 (選択している制度を記入)														
<input type="checkbox"/> 教職者	<input type="checkbox"/> 自己負担額 (ご利用かぎりの場合は記入)														
<input type="checkbox"/> 医療機関	円														

【発行】独立行政法人日本スポーツ振興センター

学校安全Websホームページ：<https://www.jpnsport.go.jp/anzen/>に詳細を掲載しています。

JAPAN SPORT
COUNCIL



公費負担医療制度の利用の記入について、ご協力
いただける場合は、よろしくお願いします。