



▲この二次元コードは、JSCが様式の種類を識別するために使用するものです。

医療等の状況

石川県立小松工業高等学校
立 学校(園)

令和 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(JSC)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	平成 年 月 日					
				女	令和 年 月 日					
傷病名	1.神経痛 2.リウマチ 3.頸腕症候群 4.五十肩 5.腰痛症 6.頸椎捻挫後遺症 7.その他()			医師の 同意 年月日	年 月 日	転 帰 継 治 中 転 続 止 医 中 ゆ 止 医				
施術 開始の 年月日	令和 年 月 日	施術 終了の 年月日	令和 年 月 日	施術 実日数		日				
施 術 の 内 容 欄										
初 検 料	1.はり 2.きゅう 3.はり・きゅう併用			円	施術を行った期間					
施 術 料	施術の種類	1術 回		2術 回						
	通所	円× 回=		円		月 日から	月 日まで			
	訪問施術料	円× 回=		円		月 日から	月 日まで			
	電療料 (加算)	1.電気針	円× 回=		円		月 日から	月 日まで		
		2.電気温灸器	円× 回=		円		月 日から	月 日まで		
3.電気光線器具		円× 回=		円		月 日から	月 日まで			
特別地域(加算)	円× 回=		円		月 日から	月 日まで				
往療料	円× 回=		円		月 日から	月 日まで				
施術報告書交付料	円									
備 考										
施術金額合計	円									
上記のとおり証明します。										
令和 年 月 日										
はり師 住所 きゅう師 氏名										

- (注) 1 この医療等の状況は、はり師及びきゅう師から施術を受けた場合に使用すること。
2 この医療等の状況の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。

【お願い】 上記証明に係る公費負担医療制度の利用状況について、下記①～④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利用の有無	③利用制度名	
<input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 利用なし (記入終了) <input type="checkbox"/> 利用あり (③④記入)	<input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 子ども医療助成 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法 <input type="checkbox"/> その他(利用した制度名を記入)	
			④自己負担額
			円
※自己負担なしの場合は0を記入してください。 ※保険外負担は記入しないでください。			