別紙３（１）

学校（保育所等）記入欄

静岡県立静岡東高等学校
立　　学校（園）

医　療　等　の　状　況

▲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。

令和　　年　　月分

医療機関へお願い

被災児童生徒等	氏名		男・女	平成・令和　　年　　月　　日生

傷病名	
	(1)
	(2)
	(3)

診療開始日		診療実日数	転帰		
(1)	令和　　年　　月　　日		治ゆ	死亡	中止
(2)	令和　　年　　月　　日	日			
(3)	令和　　年　　月　　日				

診療請求報酬数	外来に係る療養							入院に係る療養							
	十万	万	千	百	十	一	点	日数	十万	万	千	百	十	一	点
								日間							

入院に係る食事療養標準負担額	日数	万	千	百	十	一	円
	日間						

上記のとおり証明します。

令和　　年　　月　　日

医療機関所在地及び名称

氏　名

（注）１　この医療等の状況は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員としての療養を受けた場合に使用すること。

２　病院又は診療所における医科の療養と歯科の療養は、それぞれ別葉とすること。

３　入院に係る食事療養標準負担額欄は、食事をとった日数の合計と食事療養標準負担額の合計額を記入すること。

４　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①～⑤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	④助成対象（複数選択可）
□ 保護者	□ 利用なし（記入終了）	□ 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（利用した制度名を記入）	□ 外来　□ 入院 □ 食事
□ 医療機関	□ 利用あり（③④⑤記入）		⑤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。

○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。

診療報酬請求点数及び入院に係る食事療養標準負担額欄中、空欄となる上位けた数欄は、×印等で抹消してください。

【保護者のみなさまへ】

医療機関を受診した場合は、本用紙に証明していただいてください。

・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。

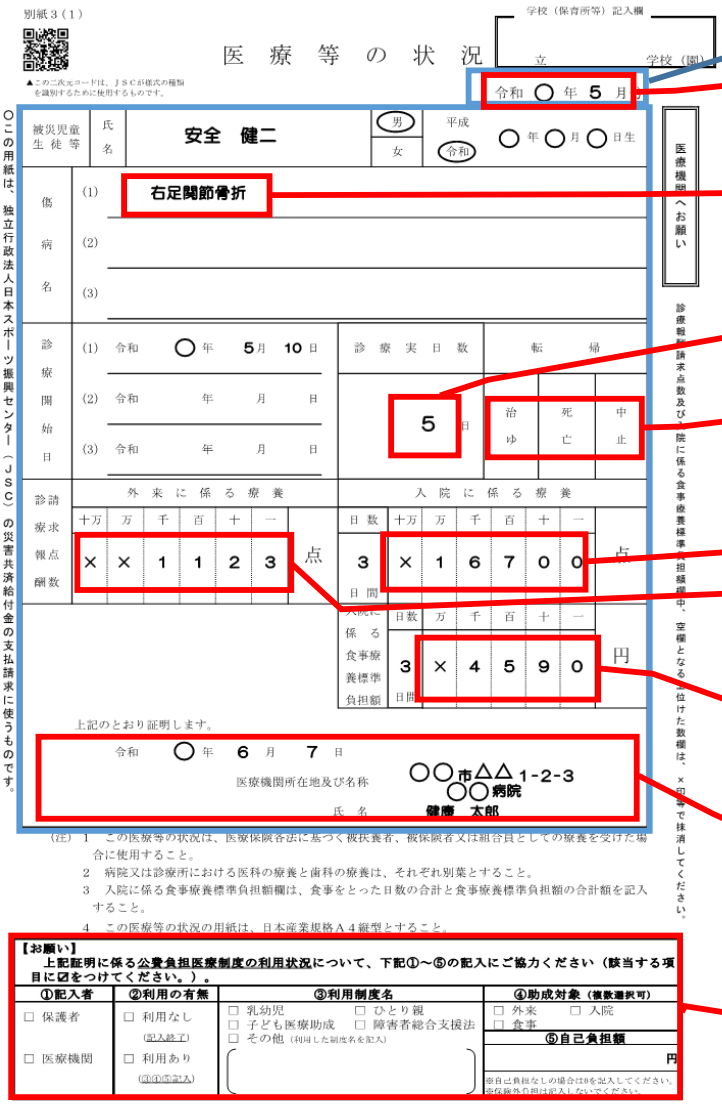
・受診した月から2年間請求を行わなかった場合は、時効により給付が受けられなくなりますので、速やかに学校・保育所等に提出してください。

「医療等の状況」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。
医療費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医療保険の療養（院内処方分を含む。）について、証明をお願いします。
②療養月ごとに記入してください。
③総医療費（１０割分の点数）を記入してください。

令和８年４月に様式を一部変更しました（**証明していただく内容に変更はありません。**）。
本様式をご利用ください。


別紙３（１）

医　療　等　の　状　況

学校（保育所等）記入欄

立　　学校（園）

令和 ○ 年 5 月

被災児童生徒等　氏名　安全　健二　男 ○ 女　平成 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日生

傷病名 (1) 右足関節骨折 (2) (3)

診療開始日 (1) 令和 ○ 年 5月 10日 (2) 令和 年 月 日 (3) 令和 年 月 日

診療実日数 5 日　転帰 治ゆ 死亡 中止

診療請求報酬額
外来に係る療養 ××1123 点
入院に係る療養 日数 3 日間 ×1670 0 点
入院に係る食事療養標準負担額 日数 3 日間 ×4590 円

上記のとおり証明します。

令和 ○ 年 6 月 7 日

医療機関所在地及び名称　○○市△△1-2-3 ○○病院

氏名　健康　太郎

（注）1　この医療等の状況は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員としての療養を受けた場合に使用すること。
2　病院又は診療所における医科の療養と歯科の療養は、それぞれ別葉とすること。
3　入院に係る食事療養標準負担額欄は、食事をとった日数の合計と食事療養標準負担額の合計額を記入すること。
4　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①～⑤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	④助成対象（複数選択可）
□ 保護者	□ 利用なし（記入終了）	□ 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（利用した制度名を記入）	□ 外来　□ 入院 □ 食事 ⑤自己負担額 円
□ 医療機関	□ 利用あり（③④⑤記入）		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。

○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。

医療機関へお願い

診療報酬請求点数及び入院に係る食事療養標準負担額欄中、空欄となる位置には、×印等で抹消してください。

この枠内の記入をお願いします。

療養月を記入してください。

・学校の管理下での災害による傷病名のみ記入してください。
・傷病部位を記入してください。

入院・外来の合計を記入してください。

治療が継続している場合は、記入の必要はありません。

保険外診療や学校の管理下と関係のない傷病（むし歯など）の点数を除いて記入してください。

食事療養標準負担額を記入してください。
（課税世帯で、1日3食で3日間入院する場合は、510円×3食×３日＝4,590円となります。）
※令和７年４月１日食事療養負担額改定

証明日・医療機関所在地及び名称・氏名の記入をお願いします。

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。

証明いただいた傷病名が、学校・保育所等の管理下の災害以外によるものと考えられる場合や傷病名と因果関係が判然としない場合などは、証明内容を確認させていただく場合があります。その場合は、傷病名欄余白等に記入していただくようお願いします。

【発行】独立行政法人日本スポーツ振興センター
災害共済給付Ｗｅｂホームページ：https:// www.jpnsport.go.jp/anzen/

JAPAN SPORT COUNCIL