別紙３（６）

▲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。

治療用装具
生血　明細書

学校（保育所等）記入欄

静岡県立静岡東高等学校

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（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 女	平成 令和　年　月　日生
医療機関の証明	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
	装具装着又は生血使用を必要とした理由			
	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			
生血使用の場合	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

保護者等　住　所

氏　名

（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　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	④自己負担額
□ 保護者 □ 医療機関	□ 利用なし （記入終了） □ 利用あり （③④記入）	□ 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）	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。

【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。

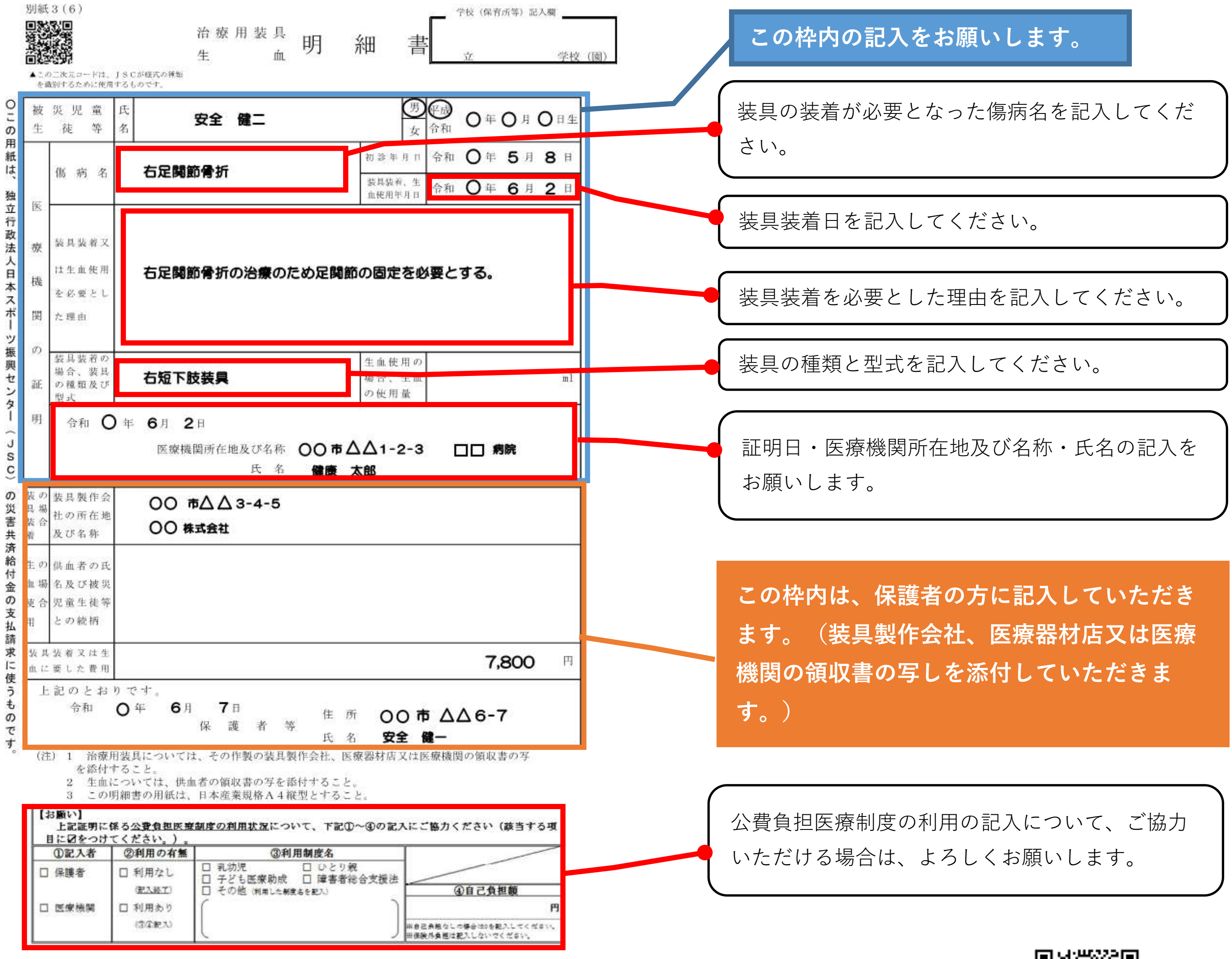
- 本様式の下半分は、保護者の方が記入をお願いします。
- 装具製作会社、医療器材店又は医療機関の領収書の写しを添付してください。
- 装具装着年月日と同月の「医療等の状況」と一緒に請求してください。
- 災害共済給付制度は、学校・保育所等の管理下で発生する災害に対して給付を行い、教育活動の円滑な実施に資することを目的として設立された公的な互助共済制度です。請求に必要な「医療等の状況」等は、医師、歯科医師、薬剤師、柔道整復師、鍼灸師のみなさまの特別の配慮によりご協力をいただいております。医療機関等に証明していただくにあたっては、用紙を持参してもその場ですぐに書いていただけない場合もありますこと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

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。

「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）

▲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。

治療用装具
生血 明細書

学校（保育所等）記入欄
　　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（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	安全　健二	[✓ 男] 女	[✓ 平成] 令和 ○年 ○月 ○日生
医療機関の証明	傷病名	右足関節骨折	初診年月日	令和 ○年 5月 8日
			装具装着、生血使用年月日	令和 ○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	ml
	令和 ○年 6月 2日 医療機関所在地及び名称 ○○市△△1-2-3 □□病院 氏名 健康　太郎			
装具装着の場合	装具製作会社の所在地及び名称	○○市△△3-4-5 ○○株式会社		
生血使用の場合	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		7,800 円		
上記のとおりです。 令和 ○年 6月 7日 保護者等		住所 ○○市 △△6-7 氏名 安全　健一		

（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　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	④自己負担額
□ 保護者 □ 医療機関	□ 利用なし（記入終了） □ 利用あり（③④記入）	□ 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） （　　　）	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。

この枠内の記入をお願いします。

装具の装着が必要となった傷病名を記入してください。

装具装着日を記入してください。

装具装着を必要とした理由を記入してください。

装具の種類と型式を記入してください。

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。

この枠内は、保護者の方に記入していただきます。（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いただきます。）

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。

【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/