

医療等の状況

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負担金額欄中、空欄となる上位けた数欄は、×印等で抹消してください。

被災児童生徒等	氏名	男	平成 年 月 日生				
		女	令和 年 月 日生				
傷病名	(1) (2) (3)						
診療開始日	(1)	令和 年 月 日	診療実日数				
	(2)	令和 年 月 日	日				
	(3)	令和 年 月 日					
診療報酬数	外来に係る療養			入院に係る療養			
	十万	万	千	百	十	一	点
※ 決 定	外来に係る療養分			10円×	点× $\frac{4}{10}$ =	円	
	入院に係る療養分			10円×	点× $\frac{4}{10}$ =	円	
	入院に係る食事療養標準負担額					円	
合 計					円		

上記のとおりです。
 令和 年 月 日

医療機関所在地及び名称
 氏 名 印

- (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 この様式は、病院又は診療所における医科の療養及び歯科の療養並びに旧総合病院における各診療科ごとの療養（入院患者が当該病院の他の診療科（歯科を除く。）の療養を併せ受けた場合を除く。）については、それぞれ別業とすること。
 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 ※印は、記入しないこと。
 5 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。

※	公費負担医療制度名(該当に○)	自己負担額
保護者記入欄	乳幼児・ひとり親・障害者・施設入所者・その他	円