

医療等の状況

平成 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。

被災児童 生徒等	氏 名			男 女	昭和 平成	年 月 日生
負傷名					転 帰	
					治 ゆ	継 続 中
施術開 始の 年月日	平成 年 月 日	施術終 了の 年月日	平成 年 月 日	施術 実日 数	日	
施術の 種別	回 数	一 回 の 金	加 算 料 金		施 術 料 金	施術を行った 期 間
初 検 料		円	時 間 外 休 日・深夜	円	円	月 日
初 検 時 相談支援料			夜 間 難 路 暴 風 雨 雪			月 日から
往 療 料			片 道 km			月 日まで
整 復 料			/			月 日
固 定 料			/			月 日
施 療 料			/			月 日
後 療 料			/			月 日から 月 日まで
電 法 料			回 数	一回の料金 円		月 日から 月 日まで
そ の 他						
備 考						
合 計						円
上記のとおりです。 平成 年 月 日 住 所 柔道整復師 氏 名 印						
※決 定	円 $\times \frac{4}{10} =$					円
						円
	合 計					円

- (注) 1 この医療等の状況は、柔道整復師から施術を受けた場合に使用すること。
 2 ※印は、記入しないこと。
 3 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。