



別紙3(3) 医療等の状況

平成〇〇年 4月分

被災児童氏名 共済 華子 男 昭和〇〇年 8月 1日 生

傷病名 右足関節挫傷

発症年月日 平成〇〇年4月19日 発症場所 平成〇〇年4月28日 10日

療養費の種別	回数	単回の料	追加料金	療養料金	療養を行った日
野検料			時間外(休日・夜間)		
診察料			夜間急病		
処方箋料			処方箋料		
医療料			片道 km		
看護料					
固定料					
搬送料					
その他					
合計				7,745 円	

上記のとおりです。  
平成〇〇年 5月 8日 〇〇柔道整復師会  
柔道整復師 氏名 健康 一郎

合計 7,745 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 捺印は、記入しないこと。  
3 この医療等の状況の掲載は、日本工業規格A4製型とする。

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負傷名のみ記入してください。
- 傷病部位を記入してください。

当該災害に係る施術を開始した年月日を記入してください。

- 柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準に従い、内訳及び合計(総施術料金の10割分)を記入してください。  
なお、JSCと施術内訳の省略の取り決めを交わしている団体に所属する柔道整復師は、内訳の証明を省略することができます。
- あん摩・マッサージ・指圧師による施術の場合は、施術内容等所要の箇所を適宜訂正の上、記入をお願いします。

証明日・所在地及び名称・氏名の記入、押印をお願いします。

- ・柔道整復師等による施術を行った場合に証明をお願いします。
- ・診療担当医師の同意に基づいて、あん摩・マッサージ・指圧師が施術を行った場合もこの用紙に証明をお願いします。
- ・カイロプラクティック、整体院等の医療保険外の施術は給付対象外となります。

別紙3(6) 治療用装具 生血 明細書

被災児童氏名 安全 健二 男 昭和〇〇年 8月 27日 生

傷病名 右足関節骨折

発症年月日 平成〇〇年 4月 16日 器具装着、生血使用年月日 平成〇〇年 5月 7日

上記疾患により、治療のため右足関節の固定を必要とする。

器具装着又は生血使用の必要とし、開た理由

器具装着又は生血使用の種別及び型式 右短下肢装具

平成〇〇年 5月 11日 医療機関所在地及び名称 ●●市△△1-2 ○○病院 氏名 健康 太郎

器具製作会社 ●●市△△3-4-5 ○○株式会社

器具装着又は生血に要した費用 7,000 円

上記のとおりです。  
平成〇〇年 5月 11日 住所 ●●市□□5-3 保護者等 氏名 安全 健一

合計 7,000 円

(注) 1 捺印は、記入しないこと。  
2 この明細書の掲載は、日本工業規格A4製型とする。

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。

証明日・医療機関所在地及び名称・氏名の記入、押印をお願いします。

この枠内は、保護者に記入していただきます。  
(医療機関、医療器材店又は装具製作会社の領収書の写しを添付していただきます。)

- 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)がある場合に証明をお願いします。
- なお、柔道整復師の指示による治療用装具の購入は、給付対象外となります。