

医療等の状況

平成 年 月 分

○この用紙は、日本体育・学校健康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	昭和 年 月 日生 平成				
				女					
負傷名					転 帰				
					治 ゆ	継 続 中	転 医	中 止	
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 突日 数	日
施術の 種類	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			
往 療 料			夜 間 難 路 暴 風 雨 雪			月 日 から			
			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		月 日 から 月 日 まで			
			回	円					
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 ㊟									
※決 定	円 × $\frac{4}{10}$ = 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してください。
 2 ※印は、記入しないでください。
 3 この医療等の状況の用紙は、日本工業規格A4縦型とします。 ㊟ (15.3.)