

# 記入例

- 公費負担制度 利用なし
- 子ども医療公費負担制度利用
- ひとり親家庭等医療費公費負担制度利用
- その他 ( ) 公費負担制度利用
- 入院 自己負担額なし
- 外来 自己負担額 1,700 円
- 外来 自己負担額 円
- 外来 自己負担額 円

別紙 3 (1)

## 医療等の状況

学校 (保育所) 記入欄

立 学校 (園)

平成 年 月 分

年 月 日生

○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。

※ 公費負担制度の利用の有無を記入してください。  
 ・該当箇所をチェック (✓) し、自己負担額の記入をお願いいたします。  
 ・同月に入院と外来がある場合は、いずれにもチェックをお願いいたします。  
 ・子ども・ひとり親等を除くその他公費負担の場合は、その他の ( ) 内に公費負担の種類を記入してください。  
 (例) 心身障害者、自立支援 等

被災児童生徒等	氏名	男													
傷病名	(1)	※ 公費負担制度の利用の有無を記入してください。 ・該当箇所をチェック (✓) し、自己負担額の記入をお願いいたします。 ・同月に入院と外来がある場合は、いずれにもチェックをお願いいたします。 ・子ども・ひとり親等を除くその他公費負担の場合は、その他の ( ) 内に公費負担の種類を記入してください。 (例) 心身障害者、自立支援 等													
	(2)														
	(3)														
診療開始日	(1)	帰 死亡 中止													
	(2)														
	(3)														
診療請求報酬数	外来に係る療養						入院に係る療養								
	十万	万	千	百	十	一	点	日数	十万	万	千	百	十	一	点
							日間							円	
							入院に係る食事療養標準負担額	日数	万	千	百	十	一	円	
							日間							円	
上記のとおりです。															
平成 年 月 日															
医療機関所在地及び名称															
氏名												印			
※ 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		

- (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 病院又は診療所における医科の療養と歯科の療養は、それぞれ別葉とすること。  
 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 A 4 縦型とすること。