

医療等の状況

平成 年 月分

○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	昭和 年 月 日生			
				女	平成 年 月 日生			
傷病名				医師の同意年月日	平成 年 月 日		転 帰	
							治 ゆ	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		施術実日数	
施術の種類	回数	一回の料	の金	加算料金		施術料金	施術を行った期間	
初検料	/	円		/		円	月 日	
往療料	回	円	片道 km	円	円	円	月 日から 月 日まで	
はり	回	円	/		円	円	月 日から 月 日まで	
きゅう	回	円	/		円	円	月 日から 月 日まで	
はりきゅう併用	回	円	/		円	円	月 日から 月 日まで	
電療料	回	円	/		円	円	月 日から 月 日まで	
備考								
合計								円
上記のとおりです。								
平成 年 月 日								
はり師 住所								
きゅう師 氏名								
印								
※決定	円 × $\frac{4}{10}$ =							円
								円
	合 計							円

- (注)
- 1 この医療等の状況は、はり師及びきゅう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。