

医療等の状況

上宮学園中
私立 上宮高等 学校 (園)

令和 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 女	平成 令和	年 月 日生						
傷 病 名	(1) (2) (3)														
診療 開始 日	(1) 令和 年 月 日 (2) 令和 年 月 日 (3) 令和 年 月 日						診療実日数 日		転 帰 治 死 中 ゆ 亡 止						
診請 療求 報点 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							
上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 医療機関所在地及び名称 氏 名								入院に 係 る 食事療 養標準 負担額	日数	万	千	百	十	一	円
								日間							
※ 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													

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。

- (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、日本産業規格 A 4 縦型とすること。

【お願い】上記証明において公費負担医療制度の利用状況について下欄の記入にご協力ください。(※該当する項目に☑をつけてください。)		
①記入者*	②公費負担医療制度*	☐乳幼児 ☐ひとり親 ☐子ども医療助成 ☐障害者総合支援法*
☐保護者 ☐学校(園) ☐設置者 ☐医療機関	☐利用なし(記入終了) ☐利用あり(右欄記入)	☐その他 (利用している制度を記入) []
自己負担額 (「利用あり」の場合に記入)		円

【保護者のみなさまへ】

医療機関を受診した場合は、本用紙に証明していただいでください。

- ・災害共済給付制度は、学校・保育所等の管理下で発生する災害に対して給付を行い、教育活動の円滑な実施に資することを目的として設立された公的な互助共済制度です。請求に必要な「医療等の状況」等は、医師、歯科医師、薬剤師、柔道整復師、鍼灸師のみなさまの特別の配慮によりご協力をいただいております。医療機関等に証明していただくにあたっては、用紙を持参してもその場で書くに書いていただけない場合もありますことをご了承ください。
- ・受診した月から2年間請求を行わなかった場合は、時効により給付が受けられなくなりますので、速やかに学校・保育所等に提出してください。

「医療等の状況」の記入方法

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業務にご協力をいただき、ありがとうございます。

医療費の証明に当たっては、以下の記入例に基づきご対応いただきますようお願い申し上げます。

- ①医療保険の療養（院内処方分を含む。）について、証明をお願いします。
- ②療養月ごとに記入してください。
- ③総医療費（10割分の点数）を記入してください。

医療等の状況

氏名: 安全 健二

年齢: 5歳

性別: 男

療養月: 平成 21年 5月 10日

診療科目: 小児科

診療内容: 右足関節骨折

入院・外来の合計: 5日

治療費: 3,167,000円

食事療養標準負担額: 4,140円

証明日: 平成 21年 6月 7日

医療機関所在地及び名称・氏名: 〇〇市△△1-2-3 〇〇病院 健二 太郎

公費負担医療制度の利用状況: 〇〇市△△1-2-3 〇〇病院 健二 太郎

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傷病名のみ記入してください。

・傷病部位を記入してください。

例) 21 | 1 歯牙破折

入院・外来の合計を記入してください。

治療が継続している場合は、記入の必要はありません。

保険外診療や学校の管理下と関係のない傷病（むし歯など）の点数を除いて記入してください。

食事療養標準負担額を記入してください。（課税世帯で、1日3食で3日間入院する場合は、460円×3食×3日＝4,140円となります。）

証明日・医療機関所在地及び名称・氏名の記入をお願いします。

公費負担医療制度の利用の記入について、ご協力いただける場合は、よろしくお願いします。

証明いただいた傷病名が、学校・保育所等の管理下の災害以外によるものと考えられる場合や傷病名と因果関係が判然としなない場合などは、証明内容を確認させていただく場合があります。その場合は、傷病名欄余白等に記入していただくようお願いいたします。

【発行】独立行政法人日本スポーツ振興センター

学校安全Webホームページ: <https://www.jpnsport.go.jp/anzen/>に詳細を掲載しています。



JAPAN SPORT
COUNCIL

学校(保育所等)記入欄

私立上宮学園中
上宮高等学校(園)

医療等の状況

令和 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 女	平成 令和	年 月 日生			
負傷名	(1)					転 帰			
	(2)					継続中	治 ゆ	中 止	転 医
	(3)								
施術開始の 年月日	(1) 令和 年 月 日 (2) 令和 年 月 日 (3) 令和 年 月 日	施術終了の 年月日	(1) 令和 年 月 日 (2) 令和 年 月 日 (3) 令和 年 月 日	施術 実日数	日				
施 術 の 内 容 欄							計		
初 検 料	円	往 療 料	片道 km				円		
加算 休日・深夜・時間外	円	円× 回＝	円						
初検時 相談支援料	円	加算 夜間・難路 暴風雨雪	円						
再 検 料	円	柔道整復 運動後療料	円× 回＝ 円						
整復・固定・施療料	円	固定料	円	施療料	円	円			
金属副子等加算	円	円	円						
施術を行った期間		回 数	一回の料金						
後 療 料	月 日から	回	円	円					
金属副子等交換料加算	月 日まで	回	円						
温 罨 法 料	月 日から	回	円	円					
冷 罨 法 料	月 日から	回	円	円					
電 療 料	月 日から	回	円	円					
施術情報提供料						円			
その他						円			
備 考									
施 術 金 額 合 計				円					
上記のとおり証明します。 令和 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、日本産業規格A4縦型とすること。

【お願い】上記証明において公費負担医療制度の利用状況について下欄の記入にご協力ください。（※該当する項目に☑をつけてください。）		
①記入者＊ ☐ 保護者 ☐ 学校(園) ☐ 設置者 ☐ 医療機関	②公費負担医療制度＊ ☐ 利用なし (記入終了) ☐ 利用あり (左欄記入)	☐ 乳幼児 ☐ ひとり親 ☐ 子ども医療助成 ☐ 障害者総合支援法＊ ☐ その他 (利用している制度を記入) () 自己負担額 (「利用あり」の場合に記入) 円

医療機関を受診した場合は、本用紙に証明していただってください。

- ・災害共済給付制度は、学校・保育所等の管理下で発生する災害に対して給付を行い、教育活動の円滑な実施に資することを目的として設立された公的な互助共済制度です。請求に必要な「医療等の状況」等は、医師、歯科医師、薬剤師、柔道整復師、鍼灸師のみなさまの特別の配慮によりご協力をいただいております。医療機関等に証明していただくにあたっては、用紙を持参してもその場ですぐに書いていただけない場合もありますことをご了承ください。
- ・受診した月から2年間請求を行わなかった場合は、時効により給付が受けられなくなりますので、速やかに学校・保育所等に提出してください。

「医療等の状況」の記入方法

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業務にご協力をいただき、ありがとうございます。

施術料金の証明に当たっては、以下の記入例に基づきご対応いただきますようお願い申し上げます。

- ①柔道整復師による施術の場合に証明をお願いします。
- ②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。
- ③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。
- ④診療担当医師の同意に基づいて、はり師、きゅう師の施術を行った場合は、別紙３（４）に証明をお願いします。
- ⑤療養月ごとに記入してください。
- ⑥総施術料金の１０割分を記入してください。

[illegible]

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。
- ・ 負傷部位を記入してください。

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、内訳の証明を省略していただけます。
- ・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・氏名の記入をお願いします。

公費負担医療制度の利用の記入について、ご協力
いただける場合は、よろしくお願いします。

* 証明いただいた内容が、学校・保育所等の管理下の災害以外によるものと考えられる場合などは、確認をさせていただく場合があります。

【発行】独立行政法人日本スポーツ振興センター

学校安全Webホームページ：<https://www.ipnsport.go.jp/anzen/>に詳細を掲載しています。

JAPAN SPORT
COUNCIL



学校（保育所等）記入欄

私立	上宮学園中 上宮高等	学校（園）
----	---------------	-------

令和 年 月分

被災児童等		氏名				男 女		平成 令和		年　月　日生								
保険医療機関の所在地及び名称				保険医氏名	1. 2. 3. 4. 5.	6. 7. 8. 9. 10.			受付回数	回								
処方月日	調剤月日	処　　　　　　　　　方			調剤	調　剤　報　酬　点　数												
		医薬品名・規格・用量・剤型・用法		単位薬剤料	数量	薬剤調製料 調剤管理料	薬　剂　料		加　算　料									
.	.			点		点	点		点									
.	.																	
.	.																	
.	.																	
.	.																	
.	.																	
.	.																	
.	.																	
.	.																	
.	.																	
.	.																	
.	.																	
.	.																	
.	.																	
.	.																	
.	.																	
.	.																	
.	.																	
.	.																	
.	.																	
.	.																	
.	.																	
摘要																		
合計					点　調剤基本料　点						時間外等加算　点	薬学管理料　点						
上記のとおり証明します。 令和　　年　　月　　日 保険薬局所在地及び名称 氏　名																		
※　決　　　定		10円× 点× $\frac{4}{10}$ = 円																

- (注) 1 この明細書は、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保険業局から調剤を受けた場合に使用すること。
2 ※印は、記入しないこと。
3 この明細書の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。

【お願い】 上記証明において公費負担医療制度の利用状況について下欄の記入にご協力ください。（※該当する項目に□をつけてください。）			
①記入者※ ☐ 保護者 ☐ 学校（園） ☐ 設置者 ☐ 医療機関	②公費負担医療制度※ ☐ 利用なし（記入終了） ☐ 利用あり（法適用記入）	☐ 乳幼児 □ひとり親 □子ども医療助成 □障害者総合支援法※ ☐ その他 （利用している制度を記入）	円
		自己負担額 （「利用あり」の場合に記入）	円

別添

高 額 療 養 状 況 の 届

保護者の方へ（①～⑤について記入してください。）

- この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターに医療費の請求をするために使用し、一か月の医療費の外来・入院に係る療養・治療用装具代等のいずれかの額が 7,000 点（7 万円）以上となった場合に必要なものです（医療保険の高額療養費の対象となる場合は調整が必要になるため）。
- 学校等へ提出するに当たり、封筒に学校等の名称、児童生徒等の氏名を必ず記入の上、封入し提出してください。

①児童生徒等の氏 名	②7,000 点以上となった療養の年月	年 月
------------	---------------------	-----

③-1 保護者 ※について、市区町村民税の課税の有無について記載してください。（該当する□の箇所に✓印を付けてください。）
※ここに記載する保護者とは、被災児童生徒等が加入している医療保険の被保険者になります。国民健康保険加入の場合は、世帯の代表者たる世帯主（納税義務者）、被災生徒が独自に生計を立てている場合は本人について記載してください。

☐ 課税されている	☐ 課税されていない
----------------------------------	-----------------------------------

③-2 課税されている場合 課税されていない場合は④、⑤へ

☐ ②の療養年月の医療費が 19,200 点（192,000 円）を超えている	☐ ②の療養年月の医療費が 19,200 点（192,000 円）以下
--	--

③-3 超えている場合 19,200 点以下の場合は④、⑤へ

☐ 国民健康保険に加入している → 市区町村役場が発行する「所得課税証明書」を添付してください ◎市区町村役場が発行する、同一の世帯全員の年間総所得額が記載された「所得課税証明書」又は、加入員（所得のある方）全員の「所得課税証明書」（療養年月に適用されていた課税状況が分かる書類 ※）を添付してください。 ※②の療養月が 4 月から 7 月の場合は前年度の所得課税証明書を、1 月から 3 月、8 月から 12 月の場合は療養月の属する年度と同一年度の所得課税証明書を添付してください。
☐ 国民健康保険 以外 に加入している → この用紙下段の「標準報酬月額等に関する証明」を記載いただいてください ◎保護者のお勤めの事業所にて、標準報酬月額等の証明をしていただいてください。

④ ②の療養年月と同じ月に、被災児童生徒等の兄弟姉妹等が学校等の管理下の災害で、一か月の医療費が 7,000 点以上かかり、その医療費をセンターに請求しているものがある場合は記載してください。（該当がない場合は記載の必要はありません。）

兄弟姉妹等の氏名	学校（保育所等）名称
	学校（保育所等）所在地

⑤ 同一の世帯 ※で、②の療養年月を起算月として過去 1 年間に医療保険各法により高額療養費を支給された、又は支給される予定の回数を記載してください。（該当の回数の□に✓印を付けてください。）

☐ 1 回	☐ 2 回	☐ 3 回以上	☐ 該当なし
------------------------------	------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

※ここでの「同一の世帯」とは同じ健康保険証（組合員証）に加入されている者をいい、生計が同じ世帯であっても「同一の世帯」にはならない場合があるので御注意ください。

上記のとおりです。

年 月 日

保護者氏名

標準報酬月額等に関する証明 (事業所における記載欄)	事業所担当者の方へお願い この証明は、申請者（貴所属の従業員）のご家族（又は本人）が、学校等の管理下で災害にあい、独立行政法人日本スポーツ振興センターに災害共済給付の請求を行うために必要とするものです。お手数ですが、以下の項目について証明していただくようお願いいたします。		
	証明を受ける者(従業員)の氏名		
	療養のあった年月に係る健康保険等の標準報酬月額等	年 月現在 (※上記②の療養年月)	千円
	上記のとおりであることを証明します。 年 月 日		
	事業所名 事業所長の役職・氏名		

注 1 上記に係る証明などの必要書類は、その内容に変更があったり、一定の期間を経過した場合など、必要に応じて再提出していただきます。
2 この用紙は、日本産業規格 A 4 縦型とします。

記入例

高額療養状況の届

【注意点】

高額療養費に該当する場合は自己負担限度額に総医療費の1割を加えた額を支給します。

保護者の方へ（①～⑤について記入してください。）

- この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターに医療費の請求をするために使用し、1か月の医療費の外費・入院に係る療養・治療用器具代等のいずれかの額が7,000点（7万円）以上となった場合に必要となります（医療保険の高額療養費の対象となる場合は調整が必要になるため）。
- 学校等へ提出するに当たり、封筒に学校等の名称、児童生徒等の氏名を必ず記入の上、封入し提出してください。

①児童生徒等の氏名	安全 太郎	②7,000点以上となった療養の年月	令和4年4月
③-1保護者について、市区町村民税の課税の有無について記載してください。（該当する口の箇所に✓印を付けてください。） ※ここに記載する保護者とは、被災児童生徒等が加入している医療保険の被保険者になります。国民健康保険加入の場合は、世帯の代表者たる世帯主（納税義務者）。被災生徒が独自に世帯を立てている場合は本人について記載してください。			
☒ 課税されている	☐ 課税されていない		
③-2課税されている場合	課税されていない場合は④、⑤へ		
☒ ②の療養年度の医療費が19,200点（192,000円）を超えている	☐ ②の療養年度の医療費が19,200点（192,000円）以下		
③-3超えている場合	19,200点以下の場合は④、⑤へ		
☐ 国民健康保険に加入している → 市区町村役場が発行する「所得課税証明書」を添付してください。 ※市区町村役場が発行する、同一の世帯全員の年間総所得額が記載された「所得課税証明書」又は、加入員（所得のある方）全員の「所得課税証明書」（療養年度に適用されていた課税状況が分かる書類 [※] ）を添付してください。 ※②の療養年度が4月から7月の場合は前年度の所得課税証明書を、1月から3月、8月から12月の場合は療養年度の属する年度と同一年度の所得課税証明書を添付してください。			
☒ 国民健康保険以外に加入している → この用紙下段の「標準報酬月額等に関する証明」を記載いただけてください。 ※保護者のお勤めの事業所にて、標準報酬月額等の証明をしていただけてください。			
④②の療養年度と同じ月に、被災児童生徒等の兄弟姉妹等が学校等の管理下の災害で、1か月の医療費が7,000点以上かかり、その医療費をセンターに請求しているものがある場合は記載してください。（該当がない場合記載の必要はありません。）			
兄弟姉妹等の氏名	安全 花子	学校（保育所等）名称	学校法人〇〇学園〇〇幼稚園
		学校（保育所等）所在地	〇〇市〇〇町〇-〇-〇
⑤同一の世帯 [※] で、②の療養年度を起算月として過去1年間に医療保険各法により高額療養費を支給された、又は支給される予定の回数を記載してください。（該当の回数の口に✓印を付けてください。）			
☐ 1回 ☐ 2回 ☒ 3回以上 ☐ 該当なし			

※ここでいう「同一の世帯」とは同じ健康保険証（組合員証）に加入されている者をいい、生計が同じ世帯であっても「同一の世帯」にはならない場合があるので御注意ください。

上記のとおりです。

令和4年6月1日
保護者氏名 安全 一郎

①②は記載もれのないようにご注意ください。

③-1は、該当するものにチェックを入れてください。

※国民健康保険加入の場合は、世帯の代表者たる世帯主（納税義務者）、被災生徒が独自に生計を立てている場合は本人について記載してください。

③-2は、同一の療養月に7,000点以上が2つ以上ある場合は、合算してください。

③-3は、1か月の医療費が19,200点を超えていて、国民健康保険に加入の場合は、「所得課税証明書」を添付してください。

④は、兄弟姉妹等で、医療費が7,000点以上かかり、その医療費をJSCに請求している場合のみ記載してください。

⑤は、該当するものにチェックを入れてください。
※「高額療養状況の届」を提出した回数ではありません。

お勤めの事業所にて記載いただけてください。

事業所担当者の方へお願い

この証明は、申請者（世帯主の従業員）のご家族（又は本人）が、学校等の管理下の災害にあり、独立行政法人日本スポーツ振興センターに災害給付の請求を行うために必要とするものです。お手数ですが、以下の項目について証明していただくようお願いいたします。

証明を受ける者（従業員）の氏名	安全 一郎
療養のあった年月に係る標準報酬月額等	令和4年4月現在 （※上記②の療養年度） 480 千円

上記のとおりであることを証明します。
令和4年6月1日

事業所名 株式会社〇〇〇〇〇
事業所長の役職・氏名 代表取締役社長 健康 太郎

注1 上記に添付する証明などの必要書類は、その内容に変更があったり、一定の期間を経過した場合など、必要に応じて再提出していただきます。
注2 この用紙は、日本産業規格A4縦型とします。

センターでの高額療養に係る給付例と医療保険での高額療養費の払戻例

入院に係った総医療費が800,000円の場合、窓口支払では3割負担分なので240,000円を支払います。課税者[※]の世帯であれば、自己負担限度額を超える支払いをしているため、医療保険に申請すると払い戻されます。（※標準報酬月額をとる場合 280,000円以上530,000円未満）

●医療機関での支払（入院の総医療費800,000円の場合）

窓口支払（3割負担）：240,000円	
自己負担限度額 80,100円＋（800,000円－267,000円）×1% ＝85,430円	限度額を超えた金額（高額療養費） 240,000円－85,430円 ＝154,570円 （医療保険から払い戻される額）

払い戻された場合の保護者の実質負担額は85,430円となります（医療保険に申請しないと払い戻されません。）。

●センターの給付額

センター給付額：165,430円（①＋②）

自己負担限度額 80,100円＋（800,000円－267,000円）×1% ＝85,430円①	療養に伴って要する費用（医療費の1割） 800,000円×10% ＝80,000円②
--	--

※センターでは通常は総医療費の3割に1割を加えた額を支給しますが、図のように、高額療養費に該当する場合は自己負担限度額に総医療費の1割を加えた額を支給します。

◎高額療養費の払戻手続きについて

自己負担限度額を超えた高額療養費の払戻手続きは、加入している医療保険の保険者に、被保険者が行うこととなります。払戻手続きの詳細については、加入している医療保険にお問合せください。

治療用装具
生 血 明 細 書

学校（保育所等）記入欄

立学校（園）

○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。

被災児童等	氏名			男	平成	年	月	日生
				女	令和			
医療機関の証明	傷病名		初診年月日	令和 年 月 日				
			装具装着、生血使用年月日	令和 年 月 日				
	装具装着又は生血使用を必要とした理由							
	装具装着の場合、装具の種類及び型式		生血使用の場合、生血の使用量	ml				
	令和 年 月 日		医療機関所在地及び名称 氏 名					
装具装着	装具製作会社の所在地及び名称							
生血場使用	供血者の氏名及び被災児童生徒等との続柄							
装具装着又は生血に要した費用								円
上記のとおりです。 令和 年 月 日 住 所 保 護 者 等 氏 名								
※ 決 定	円 × $\frac{4}{10}$ =							円
								円
	合 計							円

- (注) 1 治療用装具については、その作製の装具製作会社、医療器材店又は医療機関の領収書の写を添付すること。
2 生血については、供血者の領収書の写を添付すること。
3 ※印は、記入しないこと。
4 この明細書の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。

【お願い】上記証明において公費負担医療制度の利用状況について下欄の記入にご協力ください。（※該当する項目に☑をつけてください。）		
①記入者＊ ☐ 保護者 ☐ 学校（園） ☐ 設置者 ☐ 医療機関	②公費負担医療制度＊ ☐ 利用なし（記入終了） ☐ 利用あり（右欄記入）	☐ 乳幼児 ☐ ひとり親 ☐ 子ども医療助成 ☐ 障害者総合支援法＊ ☐ その他 （利用している制度を記入） 自己負担額 （「利用あり」の場合に記入） 円

治療用装具を購入した場合は、本用紙に証明していただってください。

- 