

(本人もしくは保護者記入)

災害報告書

氏名	
フリガナ	
学年・組	中・高 年 組 (災害発生時の学年)
生年月日	平成 年 月 日生まれ
保護者氏名	(受給者：授業料振込口座の名義)

<災害発生日：いつ?>

令和 年 月 日	時 分頃	春休み・夏休み・冬休み
----------	------	-------------

<災害発生場所：どこで?>

校内	体育館 柔道場 グラウンド 中庭 プール 教室 廊下 階段 ()
校外	登下校中 部活動中 学校行事 その他

<活動内容：何してた時?>

授業中 ()	柔道	体育 ()	部活動 () 部)
休憩時間中 ()		学校行事 ()	
その他 ()			

<災害発生の状況：どうなった?> ~怪我をした時の様子を詳しく書いて下さい~

--

<措置>

<input type="checkbox"/> 保健室に来室した	→	学校から病院受診	・	帰宅後に病院受診
<input type="checkbox"/> 保健室に来室せず	→	災害発生場所から保護者と一緒に病院受診	・	帰宅後に病院受診
<input type="checkbox"/> 顧問教諭が手当て	→	〃	・	〃
<input type="checkbox"/> その他 ()				

*受診した病院が複数ある場合 ~受診した順番や検査内容を書いて下さい~

例) 初診は自宅近くのN病院へ行ったが、MRI検査が必要と言われA総合病院を紹介され検査の為に受診。

--

医療等の状況

私立 灘中学校・灘高等学校

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。

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。

被災児童生徒等	氏名	男	平成 年 月 日生												
		女	令和 年 月 日生												
傷病名	(1)														
	(2)														
	(3)														
診療開始日	(1)	令和 年 月 日	診療実日数		転 帰										
	(2)	令和 年 月 日	日	治	死	中									
	(3)	令和 年 月 日		ゆ	亡	止									
診療報酬点数	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
							点	日間							点
上記のとおり証明します。								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	
令和 年 月 日								医療機関所在地及び名称							
								氏名							
※ 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*	②公費負担医療制度*	
	<input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 学校(園) <input type="checkbox"/> 設置者 <input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 利用なし(記入終了) <input type="checkbox"/> 利用あり(右欄記入)
<input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 子ども医療助成 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法* <input type="checkbox"/> 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

調 剤 報 酬 明 細 書

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 等 生 徒	氏 名		男	平 成 年 月 日 生 令 和					
		女							
保 險 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称				保 險 医 氏 氏 名	1.	6.	受 付 回 数	回	
					2.	7.			8.
処 方 月 日	調 剤 月 日	處 方			調 剤 数 量	調 剤 報 酬 点 数			
		薬 品 名 ・ 規 格 ・ 用 量 ・ 剤 型 ・ 用 法			単 位 薬 剤 料	薬 剤 調 製 料 調 剤 管 理 料	薬 剤 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	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薬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*	②公費負担医療制度*	<input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 子ども医療助成 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法*	
<input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 学校(園) <input type="checkbox"/> 設置者 <input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 利用なし(記入終了) <input type="checkbox"/> 利用あり(右欄記入)	<input type="checkbox"/> 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