

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							
	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 実日 数							
	施術の種類	回数	一回の料 金	加算料金		施術料金	施術を行った 期 間					
	初検料			時間外 休日・深夜	円	円	月 日					
	初検時 相談支援料			夜間難路 暴風雨雪			月 日から					
	往療料			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	* 練馬区子ども医療証・乳児医療証の使用の有無について、下記の 医療証を使用した 医療証を使用していない にチェックをお入れください。											
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												
印												
決 定											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、日本工業規格A4縦型とすること。