別紙３（１）

学校（保育所等）記入欄

立 山村学園高等学校 学校（園）

医療等の状況

令和　　年　　月分

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。

○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：治ゆ・死亡・中止	

診請療求報酬	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							

入院に係る食事療養標準負担額	日数	万	千	百	十	一	円
	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

※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＊	
□ 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）	□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