別紙３（３）

▲この二次元コードは、ＪＳＣが様式の種類を識別するために使用するものです。

医療等の状況

学校（保育所等）記入欄

金沢市立工業高等学校

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（ＪＳＣ）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		転帰			
	(1)	継続中	治ゆ	中止	転医
	(2)				
	(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		
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		円
整復・固定・施療料	整復料　円	固定料　円	施療料　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		
金属副子等交換料加算	月　　日まで	回	円		円
温罨法料	月　　日から 月　　日まで	回	円		円
冷罨法料	月　　日から 月　　日まで	回	円		円
電療料	月　　日から 月　　日まで	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

柔道整復師　住所

　　　　　　氏名

（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　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】

上記証明に係る公費負担医療制度の利用状況について、下記①～④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利用の有無	③利用制度名	④自己負担額
□ 保護者 □ 医療機関	□ 利用なし (記入終了) □ 利用あり (③④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（利用した制度名を記入） （　　　）	円 ※自己負担なしの場合は0を記入してください。 ※保険外負担は記入しないでください。

【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てください。

- ◆ 災害共済給付制度は、学校・保育所等（以下「学校等」）の管理下で発生した児童生徒等の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。

【医療機関のみなさまへ】

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。

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

～「医療等の状況」の簡易入力フォーム等のご案内～

- ◆ **令和８年９月より、パソコン等で入力・印刷ができる、医療等の状況の簡易入力フォームの提供を開始しました！**
  医療機関のみなさまからのご要望を踏まえ、手書きに加え、新たな作成方法としてご利用いただけるものです。
  災害共済給付 Web（ホームページ）「医療機関の方へ」のページからダウンロードできますので、ぜひご活用ください。
- ◆ 令和８年４月に様式を一部変更しました（証明していただく内容に変更はありません。）。本用紙をご利用ください。

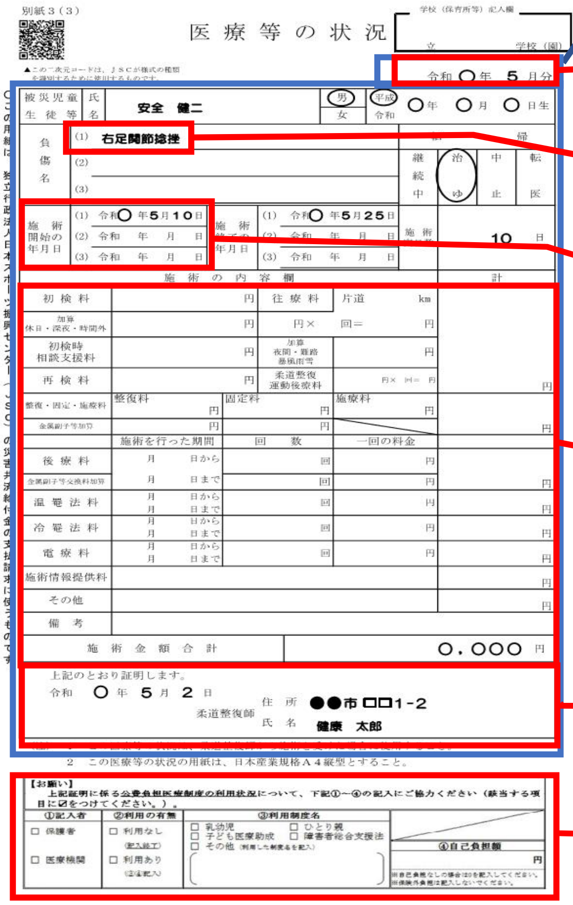
「医療等の状況」の記入方法

①柔道整復師による施術の場合に証明をお願いします。また、療養月ごとに記入してください。

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。



別紙３（３）

▲この二次元コードは、ＪＳＣが様式の種類を識別するために使用するものです。

医療等の状況

学校（保育所等）記入欄
立　学校（園）

令和 〇 年 5 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（ＪＳＣ）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	安全　健二	[✓ 男] 女	[✓ 平成] 令和　〇 年　〇 月　〇 日生

負傷名	(1) 右足関節捻挫 (2) (3)	転帰	継続中	[✓ 治ゆ]	中止	転医

施術開始の年月日	(1) 令和〇 年 5 月 10 日 (2) 令和　年　月　日 (3) 令和　年　月　日	施術終了の年月日	(1) 令和〇 年 5 月 25 日 (2) 令和　年　月　日 (3) 令和　年　月　日	施術実日数	10 日

施術の内容欄				計
初検料	円	往療料	片道　km 円×　回＝　円	
加算 休日・深夜・時間外	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	円
整復・固定・施療料	整復料　円	固定料　円	施療料　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	
金属副子等交換料加算	月　日まで	回	円	円
温罨法料	月　日から 月　日まで	回	円	円
冷罨法料	月　日から 月　日まで	回	円	円
電療料	月　日から 月　日まで	回	円	円
施術情報提供料				円
その他				円
備考				
施術金額合計				〇,〇〇〇 円

上記のとおり証明します。
令和　〇 年　5 月　2 日
柔道整復師　住所　●●市□□1-2
　　　　　　氏名　健康　太郎

（注）１ [illegible]
２　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】
上記証明に係る公費負担医療制度の利用状況について、下記①～④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利用の有無	③利用制度名	④自己負担額
□ 保護者 □ 医療機関	□ 利用なし（記入終了） □ 利用あり（③④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（利用した制度名を記入）	円 ※自己負担なしの場合は0を記入してください。 ※保険外負担は記入しないでください。

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。

・学校等の管理下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。

証明いただいた負傷名が、学校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、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、よろしくお願いします。

【発行】独立行政法人日本スポーツ振興センター
災害共済給付Ｗｅｂ：https:// www.jpnsport.go.jp/anzen/