

【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すぐを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。

「調剤報酬明細書」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。
院外処方箋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医師の処方箋に基づき、保険薬局から薬を購入した場合に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。

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。）。
本様式をご利用ください。

別紙3(7) 調剤報酬明細書

学校(保育所等)記入欄
令和〇年5月

被 災 児 童 氏 名 安全 健二 性 男 平成〇年〇月〇日生

医療機関及び名称
〇〇市△△1-2-3
〇〇 応急外科病院

1. 健康 太郎 6. 受 付 加 算 数
2. 氏 名 7. 数
3. 氏 名 8. 数
4. 氏 名 9. 数
5. 氏 名 10. 数

処方月日	調剤月日	処方品名・規格・用量・剤型・用法	調剤数量	調剤報酬点数	加算料	加算料
5・7	5・7	インドメタシンパップ70mg 10cm×14cm 14枚 外用 足関節部 1日1枚、14日分	24	10	24	9

合計 225 111 71

上記の通り証明します。
令和〇年5月20日
保険薬局所在地及び名称
〇〇市△△1-2
〇〇 薬局
健康 六郎

【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（該当する項目に印をつけてください。）。

①記入者 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 医療機関	②利用の有無 <input type="checkbox"/> 利用なし (記入なし) <input type="checkbox"/> 利用あり (記入)	③利用制度名 <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 子ども医療助成 <input type="checkbox"/> その他 (利用した制度名を記入)	④自己負担額 円
---	--	---	-------------

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。

処方箋を発行した医療機関の所在地及び名称・保険医氏名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に係る調剤分のみ記入してください。
- ・診療開始日以前の処方・調剤分は記入しないようにお願いします。

証明日・保険薬局所在地及び名称・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、よろしく申し上げます。

*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

災害共済給付Webホームページ：[https:// www.jpnsport.go.jp/anzen/](https://www.jpnsport.go.jp/anzen/)

JAPAN SPORT
COUNCIL

