【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。

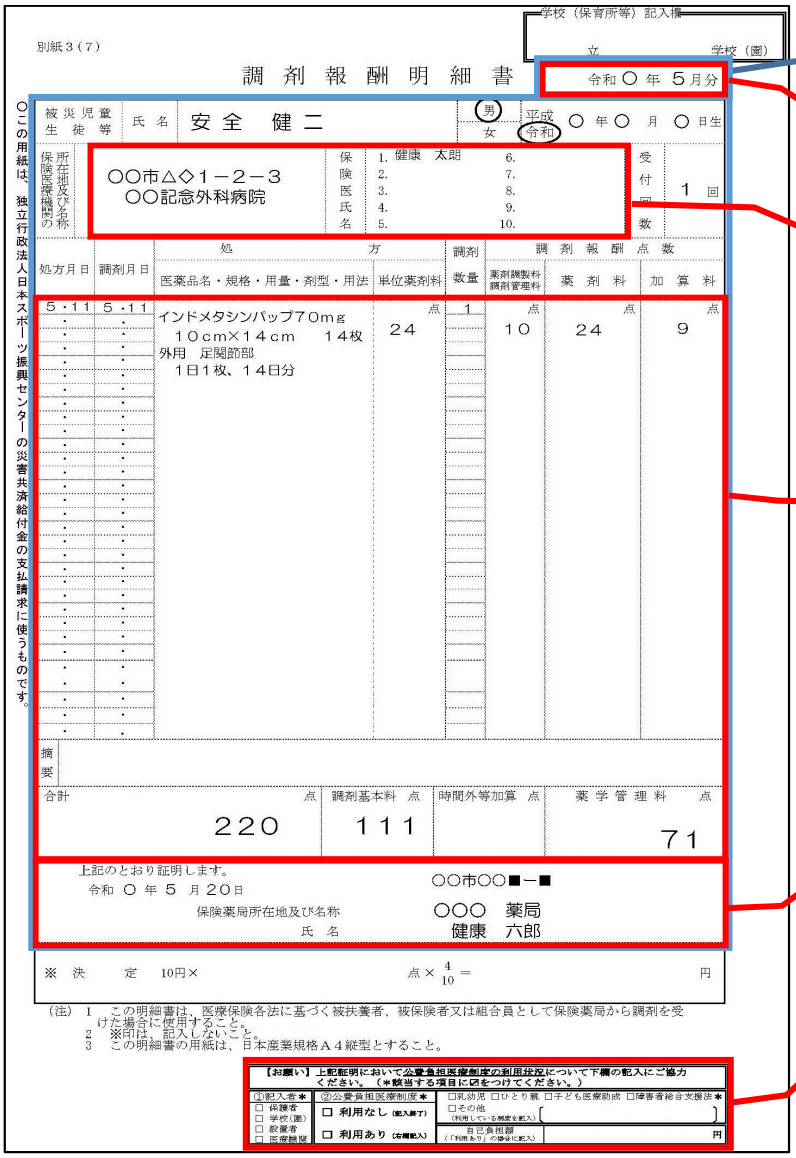
・災害共済給付制度は、学校・保育所等の管理下で発生する災害に対して給付を行い、教育活動の円滑な実施に資することを目的として設立された公的な互助共済制度です。請求に必要な「医療等の状況」等は、医師、歯科医師、薬剤師、柔道整復師、鍼灸師のみなさまの特別の配慮によりご協力をいただいております。医療機関等に証明していただくにあたっては、用紙を持参してもその場ですぐに書いていただけない場合もありますことをご了承ください。

・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。

「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。



別紙３（７）

学校（保育所等）記入欄
立　学校（園）

調　剤　報　酬　明　細　書

令和 ○ 年 5 月分

被災児童生徒等　氏名　安全　健二　（男）女　平成 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日生

保険医療機関の所在地及び名称　○○市△◇1－2－3　○○記念外科病院

保険　1. 健康　太郎　2.　3.　4.　5.　6.　7.　8.　9.　10.

受付回数　1 回

処方月日	調剤月日	医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料	調剤数量	薬剤調製料 調剤管理料	薬剤料	加算料
			点		点	点	点
5・11	5・11	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	1	10	24	9

摘要

合計	調剤基本料	時間外等加算	薬学管理料
点	点	点	点
220	111		71

上記のとおり証明します。
令和 ○ 年 5 月 20日
保険薬局所在地及び名称　○○市○○■－■
氏名　○○○　薬局　健康　六郎

※　決　定　10円×　点×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＊	
□ 保護者 □ 学校（園） □ 教育委員会 □ 医療機関	□ 利用なし（記入終了）	□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）（　）
	□ 利用あり（金額記入）	自己負担額（「利用あり」の場合に記入）　円

○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。

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名、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、よろしくお願いします。

＊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
学校安全Ｗｅｂホームページ：https:// www.jpnsport.go.jp/anzen/に詳細を掲載しています。

JAPAN SPORT COUNCIL