

独立行政法人日本スポーツ振興センターの手続きについて

学校管理下において負傷し、医療機関で治療を受けた場合は日本スポーツ振興センター給付金を申請することができます。

病院や薬局にて同封の書類に記入していただき、保健室に提出してください。

- ① 事前調査・・・怪我をした時の状況を本人または保護者がなるべく詳しく記入してください。
- ② 医療等の状況・・・治療を受けた病院で記入してもらう
1ヶ月ごとに1枚
接骨院は別用紙になるため申し出てください
- ③ 調剤報酬明細書・・・病院で処方箋をもらい薬局で薬をもらった場合に記入してもらう
院内処方の場合は必要なし
1ヶ月ごとに1枚

- ・初診から治癒までの医療費の総額が5,000円以上（自己負担額が1,500円）の場合が対象となります。
- ・治療費はまずご負担いただきます。手続きをして給付されるまでには2～3ヶ月かかります。給付されましたら書類にてお知らせいたします
- ・給付を受ける権利は、その給付事由が生じた日から2年間行わないときは、時効によって消滅します。また医療費の支給は、初診から最長10年間行われます。
- ・書類は1ヶ月1枚ですので、翌月も治療が続く場合は保健室に用紙を取りに来てください。またスポーツ振興センターのサイトからもダウンロードできます。
- ・損害賠償を受けた時や他の法令の規定による補償や給付（地方公共団体の条例等によるひとり親家庭医療費助成制度）等を受けた時は、その価額の限度において、給付を行いません。
- ・高等学校の生徒及び高等専門学校の学生が自己の故意に負傷し、疾病にかかった時は当該医療費などの給付を行いません。
- ・詳細につきましては4月の「ほけんだより」を参照してください。

ご不明な点などありましたら保健室までご連絡ください。

広尾学園中学校・高等学校 保健室

独立法人日本スポーツ振興センター
申請についての事前調査

給付金を申請するにあたり、下記の項目を記入して保健室に提出してください。

中・高 年 組 番 氏名
生年月日 平成 年 月 日
保護者氏名

1. 負傷した日時：令和 年 月 日 ()
時 分頃
初診日 令和 年 月 日 ()
2. 何の時間中でしたか？
教科 ()・部活 ()・休み時間・登下校中
その他 ()
3. 場所はどこですか？
教室・廊下・階段・体育館・校庭・その他 ()
4. どのような状況で負傷しましたか？（できるだけ詳しく）
例：バスケットボールの試合中、ボールの取り合いで転倒し頭部を床にぶつけた。
5. 負傷した時、保健室に来ましたか？ 来た・来ない・すぐに病院
6. どのような処置をしましたか？
7. 利用した保険について、あてはまるものに○をつけてください。
①国民健康保険・共済組合・健康保険・その他 ()
②利用なし
8. 利用した制度について、あてはまるものに○をつけてください。
①ひとり親・子ども医療助成・障害者総合支援法・その他 ()
②利用なし
8. 現在の状況。その他、何かありましたらお書きください。

医療等の状況

立

学校(園)

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の災害共済給付金の支払請求に使うものです。

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。

被災児童生徒等	氏名	男	平成	年 月 日生										
		女	令和	年 月 日生										
傷病名	(1)													
	(2)													
	(3)													
診療開始日	(1)	令和	年	月	日	診療実日数	転 帰							
	(2)	令和	年	月	日		日	治	死	中				
	(3)	令和	年	月	日		ゆ	亡	止					
診療報酬点数	外来に係る療養					入院に係る療養								
	十万	万	千	百	十	一	日数	十万	万	千	百	十	一	点
							日間							点
上記のとおり証明します。							入院に係る食事療養標準負担額	日数	万	千	百	十	一	円
令和 年 月 日							日間							
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*	
	<input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 学校(園) <input type="checkbox"/> 設置者 <input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 利用なし(記入終了) <input type="checkbox"/> 利用あり(右欄記入)
<input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 子ども医療助成 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法* <input type="checkbox"/> 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

