

「医療等の状況」等の記入方法

いつも、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。

給付申請の医療費等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 JSC に提出いただく用紙「医療等の状況」は主に3種類あります。
 - ① 病院・歯科医院→別紙3(1)
 - ② 柔道整復師→別紙3(3)
 - ③ 鍼灸師→別紙3(4)
- ② 院外処方の場合は、保険薬局で「調剤報酬明細書」を記入していただく必要があります。
- ③ 療養月ごとに記入してください。
- ④ 総医療費(10割分の点数)を記入してください。
- ⑤ 治療上必要のため装具を購入した場合は、病院で「治療用装具明細書」を記入していただく必要があります。

病院・歯科医院での記入例 別紙3(1)

医療等の状況

平成 〇〇年 4 月 〇日

安全 健二

〇〇市△1-2-3 〇〇整形外科病院

療養月: 〇〇年 5 月 7 日

入院・外来の合計: 5

傷病部位: 3 X 1 6 7 0 0

治療が継続している場合は、記入の必要はありません。

食事療養標準負担額: 4,140円

〇〇市△1-2-3 〇〇薬局 健康 六郎

- 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。
 - 学校の管理下での災害による傷病名のみ記入してください。
 - 入院・外来の合計を記入してください。
 - 傷病部位を記入してください。
 - 治療が継続している場合は、記入の必要はありません。
 - 保険外診療や学校の管理下と関係のない傷病(虫歯など)と同時に治療を行った場合は、その分の点数を除いて記入してください。
 - 食事療養標準負担額を記入してください。
(課税世帯で、1日3食で3日間入院する場合は、460円*×3食×3日=4,140円となります。)
※平成30年度以降の場合
 - 証明日・医療機関所在地及び名称・氏名の記入、押印をお願いします。
 - 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、よろしくをお願いします。

証明いただいた傷病名が、学校・保育所等の管理下の災害以外にも原因が考えられる場合など、傷病名と因果関係が判然としない場合、その因果関係について医師の所見をお願いすることがあります。その場合は、傷病名欄余白等に記入していただくようお願いします。

※医療保険の療養以外の療養(自由診療)については、入院用は別紙3(2)(ア)、入院外分は別紙3(2)(イ)、歯科分は別紙3(2)(ウ)に証明をお願いします。

保険薬局での記入例 別紙3(7)

調剤報酬明細書

平成 〇〇年 5 月 〇日

安全 健二

〇〇市△1-2-3 〇〇整形外科病院

療養月: 〇〇年 5 月 20 日

処方箋発行日: 〇〇年 5 月 20 日

調剤分: 108

〇〇市△1-2-3 〇〇薬局 健康 六郎

- 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、保険医師名を記入してください。
※保険薬局名ではありません。
 - 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、押印をお願いします。
 - 処方内容等を保険請求時に使用する「調剤報酬明細書」等の別紙にて添付される場合も記入、押印をお願いします。
 - 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、よろしくをお願いします。

学校の先生方へ こちらの用紙を『医療等の状況』と共に保護者にお渡しください。

別紙3(3) 医療等の状況

平成〇〇年 4月分

被災児童氏名 共済 華子 男 昭和 〇〇年 8月 1日 生

傷病名 右足関節挫傷

治療開始年月日 平成〇〇年4月19日 治療終了年月日 平成〇〇年4月28日 治療日数 10日

治療の種別	回数	単回の料	追加料金	施設料金	治療を行った施設
整形外科			時間外(休日・夜間)		月 日 日
理学療法			夜間業務		月 日 日
医療材料			片道 km		月 日 日
検査料					月 日 日
固定料					月 日 日
薬料					月 日 日
その他					月 日 日
合計					7,745 円

上記のとおりです。
平成 〇〇年 5月 8日 〇〇柔道整復師会
柔道整復師 氏名 健康 一郎

合計 7,745 円

(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 捺印は、記入しないこと。
3 この医療等の状況の掲載は、日本工業規格A4製型とする。

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。

- 学校の管理下での災害による負傷名のみ記入してください。
- 傷病部位を記入してください。

当該災害に係る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、内訳の証明を省略することができます。
- 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、押印をお願いします。

- ・柔道整復師等による施術を行った場合に証明をお願いします。
- ・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。
- ・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。

別紙3(6) 治療用装具 生血 明細書

被災児童氏名 安全 健二 男 昭和 〇〇年 8月 27日 生

傷病名 右足関節骨折

治療開始年月日 平成 〇〇年 4月 16日 治療終了年月日 平成 〇〇年 5月 7日

上記疾患により、治療のため右足関節の固定を必要とする。

装具名 右短下肢装具

平成 〇〇年 5月 11日 医療機関所在地及び名称 ●●市△△1-2 ○○病院
氏名 健康 太郎

装具製作会社 ●●市△△3-4-5
装具の所在地 ○○株式会社

生血の氏名 健康太郎
傷病名及び被災児童の氏名 健康太郎

装具名又は生血に要した費用 7,000 円

上記のとおりです。
平成 〇〇年 5月 11日 住所 ●●市□□5-3
保護者等 氏名 安全 健一

合計 7,000 円

(注) 1 捺印は、記入しないこと。
2 この明細書の掲載は、日本工業規格A4製型とする。

この枠内の記入をお願いします。

装具の装着が必要となった傷病名を記入してください。

装具装着日を記入してください。

証明日・医療機関所在地及び名称・氏名の記入、押印をお願いします。

この枠内は、保護者に記入していただきます。
(医療機関、医療器材店又は装具製作会社の領収書の写しを添付していただきます。)

- ・診療担当医師により治療遂行上必要と認められ、当該傷病の治療中に購入し、装着又は輸血した治療用装具・生血(新鮮血)がある場合に証明をお願いします。
- ・なお、柔道整復師の指示による治療用装具の購入は、給付対象外となります。