

平成令和

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。

区分	精神・結核・特例・老人・重点・療養・複合・複療												
被災児童生徒等	氏名									男	平成令和年 月 日生		
										女			
傷病名	(1) (2) (3)								診療開始日	(1) 平成・令和 年 月 日 (2) 平成・令和 年 月 日 (3) 平成・令和 年 月 日			
初診	時間外・休日・深夜 回 点								診療実日数	転 帰			
指導									日	治 癒	死 亡	中 止	
在宅													
投 薬	内 服	内 服	単位										
	外 服	外 服	単位										
注 射	皮下	筋肉	内	回									
	静 脈	内	回										
	そ の 他	回											
処 置	薬 剤		回										
手術・麻酔	薬 剤		回										
検 査	薬 剤		回										
画 診	薬 剤		回										
像 断	薬 剤												
そ の 他	薬 剤												
入 院	入院年月日		平成・令和 年 月 日										
	病	診	入院基本料・加算 点										
			× 日間										
			× 日間										
			× 日間										
			× 日間										
× 日間													
		特定入院料・その他											
合 計		点		食事療養負担額		円							
※ 決 定		10円× 点× $\frac{4}{10}$ =		円									
		食事療養負担額		円									
		合 計		円									
上記のとおり領収しました。													
令和 年 月 日		医療機関所在地及び名称 氏 名		印									

(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の療養以外の療養（入院）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、日本工業規格A4縦型とすること。