

【医療等の状況（柔道整復師用）】提出時の注意

- ①柔道整復師（接骨院）で医療保険を適用した療養を受けたときに使用します。
- ②柔道整復師証明用紙につき、保護者での加筆訂正はできません（公費負担医療制度記入欄を除く）。
訂正が必要な場合は、医療機関の訂正印が必要になります。

青破線内は医療機関が記入

別紙3(3) 学校（保育所等）記入欄

医療等の状況

平成令和 〇年 5月分

被災児童生徒等 氏名 **安全 健二** (男) 平成 〇年 〇月 〇日生

負傷名 (1) **右足関節捻挫**

施術開始の年月日 (1) 平成 〇年 5月 10日 (2) 平成 〇年 〇月 〇日 (3) 平成 〇年 〇月 〇日

施術終了の年月日 (1) 平成 〇年 5月 25日 (2) 平成 〇年 〇月 〇日 (3) 平成 〇年 〇月 〇日

初検料	円	往療料	片道 km
加算 休日・深夜・時間外	円	円 × 回 =	円
初検時 相取支援料	円	加算 夜間・遅延 急患搬送	円
再検料	円	柔道整復 運動後療料	円 × 回 = 円
整復・固定・治療料	円	固定料	円
金銭返上等返還	円	施療料	円
後療料	月 日から	回数	一回の料金 円
金銭返上等交換料返還	月 日まで	回数	円
温電法料	月 日から	回数	円
冷電法料	月 日から	回数	円
電療料	月 日から	回数	円
施術情報提供料			円
その他			円
備考			円
施術金額合計		〇, 〇〇〇 円	

上記のとおりです。
令和 〇年 5月 25日 住所 ●●市□□1-2
柔道整復師 氏名 健康 太郎

療養月の記入漏れがないか確認してください。

災害報告書の負傷部位と異なっていないか、発生の状況に記載のない傷病名が含まれていないか確認してください。

施術を開始した年月日になっているか確認してください。

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。

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記入してもらってください。

診療担当医師の同意に基づいて、針師・きゅう師の施術を行った場合は、別の用紙への記入が必要です。お知らせください。

医療機関所在地及び名称の記入もれ、押印漏れがないか確認してください。

保護者が記入

公費負担医療制度の利用の記入については、保護者による記入をお願いしています。医療機関で記入していただいてもかまいません。

- (注) 1 この用紙は、被災児童生徒等から施術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】上記案内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。）

記入者 ※ 公費負担医療制度 ※ 乳幼児 ひとり親 子ども医療助成 障害者総合支援法 ※
 保護者 学校(園) その他 (利用している制度を記入) []
 設置者 利用なし (記入終了) 利用あり (左欄記入)
 医療機関

自己負担額 (「利用あり」の場合に記入) 〇 円

この欄は療養月ごとに記入が必要です。

【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。）

記入者 ※ 公費負担医療制度 ※ 乳幼児 ひとり親 子ども医療助成 障害者総合支援法 ※
 保護者 学校(園) その他 (利用している制度を記入) []
 設置者 利用なし (記入終了) 利用あり (左欄記入)
 医療機関

自己負担額 (「利用あり」の場合に記入) 〇 円

ここは全員記入

利用ありの場合のみ記入