

※ 本様式と「医療等の状況」（調剤報酬明細書等）をそろえて、保健室まで提出下さい。

（災害発生時の）指導教員、及び、体育教員、部長教員等のサインをもらう

学生主事	学生課長	課長補佐	学生支援係長	起案者

看護師	部長教員	指導教員

令和 ○ 年 △ 月 □ 日

日本スポーツ振興センター災害報告書

学籍番号	12345	ふりがな 保護者氏名	こうせん たいち 高専 太一
ふりがな 氏名	こうせん たろう 高専 太郎	男 女	建築
生年月日	平成 15 年 12 月 26 日		学科 3 学年
災害発生の日時	令和 ○ 年 △ 月 □ 日（○曜日）午前・午後 ○ 時 □ 分頃		
災害発生場所	第一体育館	緊急連絡先 (携帯番号)	〇〇-△△△-□□
災害発生時の教科名	体育	所属クラブ名	
災害発生時の状況	どういう時に、どうして、何が原因でどの様な状況となりどこを、何でどうしたか。具体的に、記入すること。		
体育の授業中に、バスケットボールで試合をしていて、相手チームの学生とぶつかり、転倒した。その際、左足首をひねり捻挫をした。			
受傷後の応急処置・対応			
例 1：受傷後すぐに保健室に行き、冷やすなど応急処置をしたが、痛みが強かったため病院受診をした。			
例 2：受傷後すぐに応急処置をし、様子をみたが、2 日経過しても、腫れがひかなかったため病院を受診した。			
治療を受けた病院名	栄生病院	病院連絡先	TEL () -
病院初診日	令和○年 □月 △日	病院での結果	左足関節捻挫

- 備考
- 災害共済給付の請求に関する書類は、受診した翌月の月末までに保健室に提出すること。
 - 災害発生日と初診日に3日以上の開きがある時は、その間の事情を別紙（様式自由）により状況報告として、添付すること。
 - 災害発生日から数えて初診日までの期間が1週間を越えるものは対象としない。

※ 医療費は、授業料納入口座に豊田高専財務係より振り込まれますがよろしいですか。
() はい () 他口座を希望
→他口座を希望する場合は、口座番号のコピーが必要です。

【本件問合せ先】
豊田高専 保健室（福利厚生会館 1 階）
TEL：0565-36-5844
MAIL：hoken@toyota-ct.ac.jp

学生主事	学生課長	課長補佐	学生支援係長	起案者

看護師	部長教員	指導教員

令和 年 月 日

日本スポーツ振興センター災害報告書

学籍番号		ふりがな 保護者氏名	
ふりがな 氏名 生年月日	平成 年 月 日	男・女	学科 学年
災害発生の日時	令和 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃		
災害発生場所		緊急連絡先 (携帯番号)	
災害発生時の教科名		所属クラブ名	
災害発生時の状況	どういう時に、どうして、何が原因でどの様な状況となりどこを、何で どうしたか。具体的に、記入すること。		
受傷後の応急処置・対応			
治療を受けた病院名		病院連絡先	TEL () -
病院初診日	令和 年 月 日	病院での結果	

- 備考
1. 災害共済給付の請求に関する書類は、受診した翌月の月末までに保健室に提出すること。
 2. 災害発生日と初診日に3日以上の開きがある時は、その間の事情を別紙(様式自由)により状況報告として、添付すること。
 3. 災害発生日から数えて初診日までの期間が1週間を越えるものは対象としない。

※ 医療費は、授業料納入口座に豊田高専財務係より振り込まれますがよろしいですか。
() はい () 他口座を希望
→他口座を希望する場合は、口座番号のコピーが必要です。

【本件問合せ先】
豊田高専 保健室(福利厚生会館1階)
TEL: 0565-36-5844
MAIL: hoken@toyota-ct.ac.jp

医療等の状況

立

学校(園)

平成 年 月 日
令和

○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													
傷病名	(1)															
	(2)															
	(3)															
診療開始日	(1)	平成・令和	年	月	日	診療実日数	転 帰									
	(2)	平成・令和	年	月	日		日	治	死	中						
	(3)	平成・令和	年	月	日		ゆ	亡	止							
診療請求報酬数	外来に係る療養					入院に係る療養										
	十	万	千	百	十	一	日	十	万	千	百	十	一	日	間	点
上記のとおりです。							入院に係る食事療養標準負担額	日数	万	千	百	十	一	円		
							日間									
令和 年 月 日							医療機関所在地及び名称									
							氏 名									
							印									
※ 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内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*	☐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) ☐設置者 ☐医療機関	☐利用なし(記入終了) ☐利用あり(右欄記入)	☐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

