

医療機関へ提出

別紙 3 (6)



治療用装具
生 血 明 細 書

学校（保育所等）記入欄

立命館宇治中学校・高等学校
立 学校（園）

▲この二次元コードは、J S C が様式の種類を識別するために使用するものです。

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センター（J S C）の災害共済給付金の支払請求に使うものです。

被災児童等 生徒等	氏名			男 女	平成 令和	年	月	日生
医療機関の証明	傷病名			初診年月日	令和	年	月	日
				装具装着、生血使用年月日	令和	年	月	日
	装具装着又は生血使用を必要とした理由							
	装具装着の場合、装具の種類及び型式		生血使用の場合、生血の使用量	ml				
明	令和 年 月 日 医療機関所在地及び名称 氏 名							
装具装着の場合	装具製作会社の所在地及び名称							
生血場使用	供血者の氏名及び被災児童生徒等との続柄							
装具装着又は生血に要した費用								円
上記のとおりです。 令和 年 月 日 住所 保護者等 氏 名								

- (注) 1 治療用装具については、その作製の装具製作会社、医療器材店又は医療機関の領収書の写を添付すること。
2 生血については、供血者の領収書の写を添付すること。
3 この明細書の用紙は、日本産業規格 A 4 縦型とすること。

【お願い】 上記証明に係る公費負担医療制度の利用状況について、下記①～④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利用の有無	③利用制度名	④自己負担額 円 ※自己負担なしの場合は0を記入してください。 ※保険外負担は記入しないでください。
☐ 保護者	☐ 利用なし (記入終了)	☐ 乳幼児 ☐ ひとり親 ☐ 子ども医療助成 ☐ 障害者総合支援法 ☐ その他 (利用した制度名を記入)	
☐ 医療機関	☐ 利用あり (③④記入)		

保護者サイン欄

必ず記入を確認

治療用装具を購入した場合は、本用紙に証明していただってください。

- 