

保険診療自己負担額申告書

年 月 日

学校園長様

保護者氏名 _____

学校管理下のけが等で、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申請をするために、医療保険の対象となる診療に関する自己負担額は以下のとおりです。

(学校管理下のけが等において、明石市の医療助成制度を使った場合は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの申請は行いません。)

児童 生徒名	刃かけ _____	学年 クラス	_____年 組	生年 月日	平成 年 月 日
-----------	--------------	-----------	----------	----------	----------

○医療機関等の窓口でお支払した額のうち、医療保険の対象となる医療費の額をご記入ください。

* 災害共済給付の範囲は健康保険法の規定に準じており、以下の項目等については給付対象外となります。

- ・差額ベッド代
- ・保険適用の無い自由診療（医療保険のきかない歯科治療や別途請求される包帯代・松葉杖レンタル代金等）
- ・200床以上の病院に他の医療機関の紹介状無しに行った場合に負担する初診料金

お支払額から上記該当金額を差し引いた金額をご記入ください。

(例) 医療機関の窓口で900円支払ったが、うち200円は包帯代だった場合、900円から自由診療代金の200円を差し引いた額で[700円]と記入してください。

診療年月日	医療機関名・調剤薬局名 *医療機関と薬局が同日の場合も欄を分けて記入	入外の別 *該当部分に○	保険診療自己負担額
年 月 日		入院・外来	円
年 月 日		入院・外来	円
年 月 日		入院・外来	円
年 月 日		入院・外来	円
年 月 日		入院・外来	円
年 月 日		入院・外来	円
年 月 日		入院・外来	円
年 月 日		入院・外来	円
年 月 日		入院・外来	円
年 月 日		入院・外来	円

☆ 災害共済給付額は、【保険診療自己負担額 + 災害共済給付対象の医療費総額の1割】となっています。

☆ 日本スポーツ振興センターによる審査の関係で、申告書の内容についてお問合せする場合があります。ご了承ください。

明石市教育委員会

学校確認欄	確認項目		※☑のうえ 市教委に 提出のこと
	医療等の状況と日数 記入内容	<input type="checkbox"/>	