



福岡県医発第 883 号 (地)

平成 29 年 6 月 23 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松 田 峻 一 良

(公 印 省 略)

証明書（診断書及び医証等）の文書料について

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に係る様式のうち、「医療等の状況（別紙 3（1））」についてのみ、本制度発足当初より特例として文書料を徴収しないということでご協力いただいています。

上記以外の診断書・医証等の文書料につきましては、本来自費文書料でありますので、従来どおり個々の先生方または医療機関等のご判断で実施していただきますようお願いいたします。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただき、貴会会員への周知方よろしくお願いいたします。

小郡三井医師会より

医業経営担当理事 田中久志
会長 白石恒明

医 療 等 の 状 況

立

学校（園）

平成 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。

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。

被災児童等 生徒等	氏名						男 女	昭和 平成	年 月 日生						
傷 病 名	(1)														
	(2)														
	(3)														
診療開始日	(1) 平成 年 月 日						診療実日数		転 帰						
	(2) 平成 年 月 日						日		治	死	中				
	(3) 平成 年 月 日								ゆ	亡	止				
診療 請求 報酬 点数	外 来 に 係 る 療 養						入 院 に 係 る 療 養								
	十万	万	千	百	十	一	点	日 数	十万	万	千	百	十	一	点
								日 間							
上記のとおりです。 平成 年 月 日 医療機関所在地及び名称 氏 名							入院に係る 食事療養標準 負担額	日数	万	千	百	十	一	円	
								日間							
※ 決 定	外来に係る療養分						10円×	$\text{点} \times \frac{4}{10} =$			円				
	入院に係る療養分						10円×	$\text{点} \times \frac{4}{10} =$			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、日本工業規格 A 4 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を利用した場合は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	〔利用している制度がない場合はその他に記入〕	その他〔 〕
学校（園）設置者	自己負担額	
医療機関	(公費負担医療制度を利用している場合のみ記入)	
		円