

ほけんだより

～日本スポーツ振興センターの災害共済給付金申請について～



駒澤大学高校

保健室

日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度とは、学校管理下における生徒の負傷等の災害に対し、保護者に対して給付金（災害共済給付）を支払う制度です。

学校管理下とは？

授業中・休み時間・部活動中・登下校中・マラソン大会、陸上競技大会などの学校行事

給付対象は？

医療費が 5,000 円（保険証使用で 1,500 円）以上かった場合。こども医療助成制度を使用して支払い額が0円の場合も、お見舞金（医療費の1割分）が支給される可能性があります。＊すべての治療に支給されるとは限りません。

申請期限は？

給付事由が発生してから2年間

（例：2024 年 10 月にケガをした場合、2026 年 11 月の申請締め切り日まで）

継続？

同一の災害における医療費の支給は、初診から最長 10 年間継続可能です。卒業後も継続する場合は、本校の保健室までご連絡ください。

給付金の支給方法は？

申請から 3～4 か月後、保護者様へ給付金支給のお知らせを郵送し、災害報告書に記載された銀行口座へ振り込ませていただきます。

手続きの方法は？

医療機関へ行った場合は、必ず学校（担任または顧問）まで連絡をしてください。



日本スポーツ振興センターの手続きの方法

災害発生

* 受診開始より 2 年以内に請求しない場合、時効により給付が受けられなくなります。

①

書類の受領場所

保健室にて手続きに必要な書類をお渡しています。

＜書類＞各医療機関ひと月 1 枚となります。必要な枚数をご連絡ください。

- ・ 日本スポーツ振興センター給付金にかかる災害報告書（保護者又は生徒本人記載）
- ・ 医療等の状況（病院・整骨院などが記載）
- ・ 調剤報酬明細書（薬局が記載）
- ・ 高額療養状況の届（7000 点超える場合）

②

書類に、医療機関にて必要事項を記入してもらい、回収し保健室まで提出してください

必要な書類は？

書 類	備 考
日本スポーツ振興センター 給付金にかかる災害報告書	こちらの書類は、保護者又は生徒本人が記載する用紙です。 ケガをした経緯、振込先等を記入し、他の書類と合わせて保 健室に提出をお願いします。 * 駒高 HP⇒「各種届出書」よりダウンロードできます。

➤以下、医療等の状況などの書類は、病院等へ提出し記入されたものを回収ください。

医療等の状況（別紙 3（1））	医療保険を使用して病院を受診した場合 （例：整形外科、眼科、耳鼻科、歯科等）
医療等の状況（別紙 3（3））	柔道整復師の施術を受けた場合（例：整骨院、接骨院）
医療等の状況（別紙 3（4））	はり師・きゅう師の施術を受けた場合 * 医師の同意が必ず必要です。
治療用装具・生血明細書 （別紙 3（6））	治療の必要上医療機関にて、関節用装具、コルセット等の治療 用具を作成した場合 * 領収書のコピーが必要です。
調剤報酬明細書（別紙 3（7））	医師の処方箋に基づき、保険薬局から調剤を受けた場合
高額療養状況の届	1 ヶ月の医療費が 7,000 点（70,000 円）以上の医療費の請 求の場合（例：手術、入院、複数の病院を受診等）

日本スポーツ振興センターホームページからダウンロードも可能です。

災害共済給付 Web トップページ＞様式ダウンロード（[災害共済給付 Web トップページ \(jpnssport.go.jp\)](http://jpnssport.go.jp/)

ご不明な点等ございましたら、保健室までお問い合わせください。

養護教諭：西村 幸奈

TEL：03-3700-6131（代表）

— 医療等の状況（別紙 3（1））

別紙3(1)

医 療 等 の 状 況															学校（保育所等）記入欄 立　　　　　　学 校（園）																
															令和　　年　　月　　日																
被災児童生徒等		氏名		男		平成 年　　月　　日生																									
				女																											
傷病名		(1)																													
		(2)																													
		(3)																													
診療開始日		(1) 令和　　年　　月　　日										診療実日数			転　　帰																
		(2) 令和　　年　　月　　日										日			治　　死　　中																
		(3) 令和　　年　　月　　日													ゆ　　亡　　止																
診療 徴収 ポイント 回数		外　来　に　係　る　療　養										入　院　に　係　る　療　養																			
		十　万　　万　　千　　百　　十　　一										日　数　十　万　　万　　千　　百　　十　　一																			
点												円																			
												入院に係る食事療養標準負担額										円									
上記のとおり証明します。																															
令和　　年　　月　　日																															
医療機関所在地及び名称																															
氏　　名																															
※決　定		外来に係る療養分　10円× $\frac{\text{点} \times \frac{1}{10}}{10}$													円																
		入院に係る療養分　10円× $\frac{\text{点} \times \frac{1}{10}}{10}$													円																
		入院に係る食事療養標準負担額													円																
		合　　計													円																

- (注) 1 この医療者の状況は、医療従事者法に基づき被保険者、被保険者又は組合員としての医療を受けた場合に限ります。
2 病状又は療育における医師の医療と歯科の療養は、それぞれ別項とする。
3 入院に係る食事費医療費支出総額は、食事をとった日数の合計と食事費医療費支出総額の合計額を記入する。
4 市況は、記入しない。
5 この医療者の状況の月別は、日本標準病A4型とすること。
- 【お願い】上表欄において企業医療従事者の市況は空欄について下記の記入にご協力ください。
1 勤務する項目に印を付してください。

【お願い】上記記載において公益事業推進制度の利用状況について下欄の記入にご協力ください。（※該当する項目に印を付けてください。）

①記入者*	②公益事業推進制度*	③公益事業推進制度*	④公益事業推進制度*
□保護者	□利用なし（記入終了）	□その他 （利用している制度を記入）	□その他 （利用している制度を記入）
□学校（園）	□利用あり（未記入）	□自己負担 （「利用あり」の場合に記入）	□自己負担 （「利用あり」の場合に記入）
□教職員			
□地域関係			

医療等の状況（別紙 3（3））

別紙3(3)

別紙(3)

立

学校（保育所等）記入欄
 立 字付

医療等の状況

令和 年 月 分

○この用紙は、独立行政法人日本赤十字社医療センターの「善共済」給付金の支払請求に使うものです。

被災児童生徒等氏名	氏名	男		平成		年		月		日		
		女		令和								
負傷名	(1) (2) (3)									転 帰		
		継続中		治 癒		中 止		転 医				
		ゆ		ゆ		止		医				
施設開始の年月日	(1) 令和 年 月 日 (2) 令和 年 月 日 (3) 令和 年 月 日	施設終了の年月日	(1) 令和 年 月 日 (2) 令和 年 月 日 (3) 令和 年 月 日	施設実施日数	日							
施設の内容等欄												計
初 検 料		円		往 療 料		円 ×		回 =		円		
加算 休日・深夜・時間外		円		円 ×		回 =		円				
初検時 相談支援料		円		加算 夜間・朝晩 急病出資		円						
再 検 料		円		常定療費		円 × 回 =		円				
整理料		円		固定料		円		施設料		円		
金銭前払金加算		円		円		円		円				
施設を行った期間		回		回数		一回の料金		円				
後 療 料		円 日から		円		円		円				
金銭前払等交代料加算		円 日まで		円		円		円				
通 電 法 料		円 日から		円		円		円				
冷 電 法 料		円 日まで		円		円		円				
電 療 料		円 日から		円		円		円				
施設情報提供料		円 日まで		円		円		円				
その他		円		円		円		円				
備 考		円		円		円		円				
施設金 額 合 計						円						
上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 住 所 柔道整復師 氏 名												
※ 決 定		円 × $\frac{4}{10}$ =						円				
		合 計						円				

- (注) 1 この医療等の状況は、柔道整復師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。

【お読み】上記期間において品・サービス提供の開始時期について予算の記入にご協力ください。（※数値上の項目には必ず記入してください。）	
品・サービス入会 ☐ 2012年度品・サービス提供開始時期 ☐ 2013年度 ☐ 2014年度 ☐ 2015年度 ☐ 2016年度	☐ 開問なし (000000) ☐ 開問あり (000000) ☐ 品・サービス提供開始時期 ☐ 品・サービス提供開始時期 ☐ 品・サービス提供開始時期 ☐ 品・サービス提供開始時期

:医療等の状況(別紙 3(4))

別紙3(4)

別紙 3 (4)

医 療 等 の 状 況

立 学校 (国)

令和 年 月 分

被 災 児 童 等 生 徒 等		氏 名			男	平成	年 月 日 生	
					女	令和		
傷 病 名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 関節症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 慢性捻挫休遷症 7. その他 ()				医師の 同意 年月日	令和 年 月 日	転 入 転 出 転 移 転 出 転 入 転 移	
施 術 開始の 年月日	令和 年 月 日	施 術 終了の 年月日	令和 年 月 日	施 術 実施回数	日			
施 術 の 内 容 欄								施術を行った期間
初 検 料	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用							
施 術 料	はり	円× 回＝ 円	円	月 日 から 月 日 まで				
	きゅう	円× 回＝ 円	円	月 日 から 月 日 まで				
	はり・きゅう併用	円× 回＝ 円	円	月 日 から 月 日 まで				
	電療料 ① 電気刺激 ② 電気温熱療法 ③ 電気圧入療法	円× 回＝ 円	円	月 日 から 月 日 まで				
	4 k m まで	円× 回＝ 円	円	月 日 から 月 日 まで				
注 療 料	4 k m 超え	円× 回＝ 円	円	月 日 から 月 日 まで				
	施術報告書交付料							円
備 考								
施術金額合計							円	

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

はり師 佐 所
きゅう師 氏 名

寄 決 定	$\text{円} \times \frac{4}{10} =$		円
			円
	合 計		

- (注) 1 この医療等の状況は、はり師及びきゅう師から施術を受けた場合に使用すること。
2 捺印は、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 型とすること。

※お申し込みの際は、日本郵政簡便書第4号を送付してください。

【お願い】上記事項において、**公費負担医療制度の負担割合**について下記の記入にご協力ください。（※該当する項目に印を付けてください。）

①記入者*	②公費負担医療制度*	③負担割合	④その他	⑤負担割合
☐ 保護者	☐ 利用なし	☐ 自己負担 （「0」または「50」等の記入）	☐ 自己負担 （「0」または「50」等の記入）	円
☐ 学校（園）	☐ 利用あり			
☐ 教職員				
☐ 医療機関				

治療用装具・生血明細書(別紙 3(6))

別紙3 (6)

別紙3（6）

治療用器具
生 血 明 細 書

立

学校（園）

○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。	被 災 児 童 等 氏 名	男 子 平 成 女 子 令和	年	月	日	生
	傷 病 名	初診年月日	令和	年	月	日
医 療 機 関 の 証 明	器具装束又は生血使用を必要とした理由	器具装束、生血使用年月日	令和	年	月	日
	器具装束の適合、器具の壊滅及び型式	生血使用の適合、生血の使用量	ml			
	令和 年 月 日 医療機関所在地及び名称 氏 名					
	器具製作会社名及び名称	氏 名				
	生 血 輸 入 者 の 氏 名 及 び 被 災 児 童 生 徒 等 用 と の 観 望					
	器具装束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					
※ 決 定	$\text{円} \times \frac{4}{10} =$					円
						円
	合 計					円

- (注) 1 治療用器具については、その作製の器具製作会社、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 捺印は、記入しないこと。
4 この明細書の用紙は、日本産業規格 A 4 縦型とすること。

【お問い合わせ】上記範囲において、<u>必ずしも調査対象者の回答範囲</u>について下記の記入にご協力ください。（※該当する項目にのみ印をつけてください。）	
①調査対象者* ☐ 学校長 ☐ 保健室 ☐ 校長（副） ☐ 教務 ☐ 指導員	②公営・民営施設の種類 □ 児童・小児の居る 〇 子どもの医療施設 □ 障害者総合支援施設 ☐ 利用なし（※記入あり） （併設している施設） ☐ 利用あり（※記入あり） ※児童相談所 （利用あり）の場合は記入
	同

○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

別派

保護者の方へ (①～⑤)について記入してください。

この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターに医療費の請求をするために使用し、一部が医療費の外支入院に係る療養・治療用器具等がつけられる額が7,000点(7万円)以上となった場合に必要ものです(医療保険の高額療養費の対象となる場合は調整が必要になります)。

●学校等へ提出するに当たり、封筒に学校等の名称、児童生徒等の氏名を必ず記入の上、封入し提出してください。

① 児童生徒の氏名	② 7,000 円以上となった療養費の年月	年 月
③-1 療養費が「ついて、市区町村療養の課税の有無について記載してください。該当する箇所の□印を付けてください。」 ①に該当する場合は、児童生徒を主体として記入する。児童生徒の療養費になりました。児童生徒が療養費加入の場合は、療養の代表者（保護者、学級保護者、認可保育園等に在籍中でない児童は父兄など）について記載してください。		
□ 課税されている	□ 課税されていない	
③-2 □ 課税されている場合 → □ 課税されていない場合④、⑤へ ④の療養費年月の医療費が 19,200 円（192,000 円）を超えている ④の療養費年月の医療費が 19,200 円（192,000 円）以下		
③-3 □ 課税されている場合 → 19,200 円以下の場合は④、⑤へ □ 児童療養保険加入している → 市区町村療養が施行する「所得控除証明書」を添付してください。 市区町村療養に加入する。同一の児童生徒の所得控除が記載された「所得控除証明書」又は、加入員（所得のある方）の「所得控除証明書」（療養費年月に適用されている所得控除区分を記載）を添付してください。 ※④の療養費 4 月から 7 月の場合は前年度の所得控除証明書を、1 月から 3 月、8 月から 12 月の場合は療養費月の属する年度と同年度の所得控除証明書を添付してください。 □ 児童療養保険 以外 に加入している → この欄下の「療養費控除月額等に関する事項」を記載してください。 ④の療養費のおおむねの率を記入して、標準所得率の証明を添付してください。		
④ ②の療養費を月単位に、被扶養児童の生計維持費の算定に使用する年度の療養費で、一月の療養費が 7,000 円以上か、その医療費を月単位に計算しているものが該当の場合は横線を引いて、該当箇所に⑤を記入（要保者以外）		
兄弟姉妹等の氏名 _____ 学校（保育所等）名称 _____ _____ 所在地 _____		
⑤ 同一の児童等※で、④の療養費月を計算月として過去 1 年に医療保険給付により高額療養費を支給された、又は支給される予定の箇数を記載してください。（該当の箇所の□印を付けてください）		
□ 1回	□ 2回	□ 3回以上 □ 該当なし

※同一の児童等とは「同一の児童」として同一児童保護司（総合員）に加入されている者をいい、生計別に医療費であっても「同一の児童」にはならない場合がある（例）を記載し。

保護者氏名

事業所利用者の方へお願い

この証明は、申請者（貴事業所の従業員）のご家族（又は本人）が、学校等の管理下で災害に会い、独立行政法人日本労働・産業安全センターに災害救助等の請求を行うために必要とするものです。お手数ですが、以下の項目について証明していただく必要があります。

証明を受ける者（従業員）の氏名			
療養のあった年月に係る 健康保険等の標準報酬月額等	年	月現在 (※上記2月の標準年月)	千円

上記のとおりであることを証明します。
年 月 日

事業所名

事業所利用者の氏名

（事業所における記録簿）
（この証明を添付して提出する）

注 1 上記に係る証明などの必要書類は、その内容に変更があったり、一定の期間を経過した場合など、必要に応じて再提出していただきます。

必ず記入してください。

*必ず本人（もしくは保護者）が直接保健室に提出するようお願いいたします。

□ 新規（初めての申請）			□ 継続（申請の続き）		
学年・組・出席番号・性別		年 組（ ）		性別（ 男 ・ 女 ）	
フリガナ 氏名					
生年月日		平成 年 月 日			
保護者氏名					
ケガをした日時・学年・組		平成・令和 年 月 日		時刻	年 組
ケガをした状況を具体的に記入の上、複数の病院を受診した場合はその理由も記入してください。 （例：体育の授業中に、ハードル走をしていたところ、ハードルにぶつかり転倒して、右足首をひねった。 保健室で手当をし、すぐに病院を受診した。精密検査のため翌日別院を受診した。）					
給付金の支給は銀行振り込みとなります。下記に必要な事項を記入してください。 （原則、学費引き落とし口座のご記入をお願いします。）					
金融機関		銀行		支店	
口座番号					
フリガナ 口座名義					

*受診した月から2年間請求を行わなかった場合は、時効により給付が受け付けられなくなりますので、医療機関受診後は、速やかに請求書類を提出してください。



手続き方法QRコード