

調劑報酬明細書

立

学校 (園)

▲この二次元コードは、JSCが様式の種類を識別するために使用するものです。

令和 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（ＪＳＣ）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		平成令和 年月日生		
						女				
保険 所在地及び名称 医療機関の				保 険 医 氏 名	1. 6.			受 付 回 数	回	
					2. 7.					
					3. 8.					
					4. 9.					
					5. 10.					
処方月日	調剤月日	処 方			調剤 数量	調 剤 報 酬 点 数				
		医薬品名・規格・用量・剤型・用法		単位薬剤料		薬剤調製料 調剤管理料	薬 剤 料	加 算 料		
.	.				点		点	点		
.	.									
.	.									
.	.									
.	.									
.	.									
.	.									
.	.									
.	.									
.	.									
.	.									
.	.									
.	.									
.	.									
.	.									
.	.									
.	.									
.	.									
.	.									
.	.									
.	.									
.	.									
.	.									
摘要										
合計		点	調剤基本料 点	時間外等加算 点	薬学管理料 点					
上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 保険薬局所在地及び名称 氏 名										

- (注) 1 この明細書は、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保険薬局から調剤を受けた場合に使用すること。
2 この明細書の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。

【お願い】 上記証明に係る <u>公費負担医療制度の利用状況</u> 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
☐ 保護者 ☐ 医療機関	☐ 利用なし (記入終了) ☐ 利用あり (③④記入)	☐ 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） 	

【保護者のみなさまへ】

医療機関を受診した場合は、本用紙に証明していただください。

- ◆ 災害共済給付制度は、学校・保育所等（以下「学校等」）の管理下で発生する災害に対して給付を行い、教育活動の円滑な実施に資することを目的として設立された公的な互助共済制度です。請求に必要な「医療等の状況」等は、医師、歯科医師、薬剤師、柔道整復師、鍼灸師のみなさまの特別の配慮によりご協力をいただいております。医療機関等に証明していただくにあたっては、用紙を持参してもその場ですぐに書いていただけない場合もありますことをご了承ください。
- ◆ 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られなくなりますので、速やかに学校・保育所等に提出してください。

【保険薬局のみなさまへ】

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業務にご協力をいただき、ありがとうございます。

院外処方箋の証明にあたっては、以下の記入方法に基づきご対応いただきますようお願い申し上げます。

～「調剤報酬明細書」の簡易入力フォーム等のご案内～

- ◆ **令和8年9月より、パソコン等で入力・印刷ができる、調剤報酬明細書の簡易入力フォームの提供を開始しました！**

医療機関等のみなさまからのご要望を踏まえ、手書きに加え、新たな作成方法としてご利用いただけるものです。

災害共済給付 Web（ホームページ）「医療機関の方へ」のページからダウンロードできますので、ぜひご活用ください。

- ◆ 令和8年4月に様式を一部変更しました（証明していただく内容に変更はありません。）。本用紙をご利用ください。

「調剤報酬明細書」の記入方法

医師の処方箋に基づき、保険薬局から調剤を受けた場合に証明をお願いします。また、療養月ごとに記入してください。

別紙3(7)

調剤報酬明細書

学校（保育所等）記入欄

令和8年5月

療養月

氏名 安全 健二

性別 男

生年月日 平成 〇 年 〇 月 〇 日

保険医氏名 〇〇市△△1-2-3 〇〇記念外科病院

保険医氏名 〇〇市△△1-2-3 〇〇記念外科病院

調剤報酬明細書

処方月日 5・7 5・7

処方品名・規格・用量・剤型・用法 インドメタシンパップ70mg 10cm×14cm 14枚 外用 足関節部 1日1枚、14日分

調剤数量 24

調剤報酬点数 10 24 9

合計 225 111 71

上記のとおり証明します。

令和8年5月20日

〇〇市△△1-2 〇〇薬局 健二 六郎

【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（該当する項目に印をつけてください。）。

①記入者

□ 保護者

□ 医療機関

②利用の有無

□ 利用なし（記入欄）

□ 利用あり（記入欄）

③利用制度

□ 乳幼児

□ 子ども医療助成

□ その他（利用した制度を記入）

④自己負担額

円

この枠内の記入をお願いします。

療養月を記入してください。

処方箋を発行した医療機関の所在地及び名称・保険医氏名を記入してください。

- ・ 学校の管理下の災害による傷病名に係る調剤分のみ記入してください。
- ・ 診療開始日以前の処方・調剤分は記入しないようにお願いします。
- ・ 総医療費（10割分の点数）を記入してください。

証明日・保険薬局所在地及び名称・氏名の記入をお願いします。

公費負担医療制度の利用の記入について、ご協力いただける場合は、よろしくお願いします。

証明いただいた処方内容等が、学校等の管理下の災害以外によるものと考えられる場合などは、証明内容を確認させていただく場合があります。その場合は、よろしくお願いします。

