

保 護 者 様

岡山県立倉敷天城中学校 保健室
岡山県立倉敷天城高等学校 保健室

災害共済給付の申請をするのに当たり注意すること

日本スポーツ振興センターへの災害共済給付の申請を学校で行います。診断書等の必要書類は生徒の保護者の方が手配してください。用紙は学校にあります。また、生徒災害届は生徒または保護者の方でご記入くださり、養護教諭に提出してください。

例：医療費の請求には「医療等の状況」（病院へかかった場合）
「調剤報酬明細書」（薬局へかかった場合）
「高額療養状況の届」（医療保険適用の医療費総額7万円以上の場合）
「障害報告書」（障害が残った場合） 等が必要です。

毎月の県への報告が5日締め切りになっています。けがをされた月の終わりまでに書類を提出してください。書類が間に合わないときは、翌月にできるだけ早く提出してください。報告を翌々月に延ばします。

(参考)

- 1、学校の管理下における災害に起因して治療が必要となり、実際に治療を行った場合には法令の規定による医療費が支払われます。
- 2、学校管理下における災害に起因して児童・生徒に障害が残った場合には、法令の規定による障害見舞金が支払われます。
- 3、学校管理下における災害に起因して児童・生徒が死亡した場合には、法令の規定による死亡見舞金が支払われます。

○給付の対象は、**医療保険適用の医療費総額5,000円以上**（1災害につき初診から治癒するまでの医療費総額）です。病院に外来受診した場合、通常自己負担額は医療費総額の3割分となりますので、**窓口で1,500円以上支払った場合が、給付の対象**です。ただし、初診の際、初診料に加えて特別料金がかかった場合、この特別料金は、対象になりません。（差額ベッド代・歯の矯正治療代等の医療保険適用外の費用については支給されません。）

また、はり・きゅう治療については、施術についての医師の同意書が必要です。

○医療費については、**医療保険並みの療養に要する額の10分の4相当額**（高額療養費は、高額算定方式による額）を給付します。

○災害共済給付を受ける権利の**時効は2年**ですので、手続きを忘れないようにしてください。

○医療費の支給期間は、**初診から10年間**です。

○他の法令の給付を受けた場合は、給付金の調整がありますので、必ず学校にお知らせください。（ひとり親家庭医療費助成制度・乳幼児医療費助成制度・育成医療制度・更生医療制度 等）

○他の損害賠償（自動車損害賠償保険等）を受けられる場合には、災害共済給付金は支払われません。

○治療が継続している時に転校等があると手続きが必要です。転校前の学校の担当者にお聞きください。

○不明な点がある場合は、養護教諭にお問い合わせください。

生徒災害届

氏名・学年・組・性別 生年月日	ふりがな 氏名 _____ 年 _____ 組 _____ 番 _____ 男・女 生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
保護者名					
住所（本人）	〒 _____				
災害発生の場所	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; border-right: 1px dashed black; padding: 2px;">学校内</td> <td style="padding: 2px;">教室 運動場 体育館 その他（ _____ ）</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px;">学校外</td> <td style="padding: 2px;">道路 その他（ _____ ）</td> </tr> </table>	学校内	教室 運動場 体育館 その他（ _____ ）	学校外	道路 その他（ _____ ）
学校内	教室 運動場 体育館 その他（ _____ ）				
学校外	道路 その他（ _____ ）				
災害発生の日時	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 曜日） 午前・午後 _____ 時 _____ 分				
災害発生の場合	授業中（ _____ ） 休憩時間 部活動（ _____ 部） その他（ _____ ）				
受診医療機関名					
災害発生の状況 具体的に詳しく 記入のこと	記入例【部活動でバスケットボールの試合をしていた。試合中、相手選手と接触し転倒、右足を捻った。】				
受診までの措置状況	記入例【保健室で応急処置を受け、様子をみて、翌日病院へ行った】				

上記のことは事実と相違ないことを認めます。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

HR 担任 氏名 _____ (印)

教科担任 氏名 _____ (印)
部顧問

担当の先生へ（該当する項目に○をつけてください）

- ・活動中（後）にけがの報告を 受けた ・ 受けていない
- ・けがの報告を受けたとき 応急処置をした ・ 保健室へ行くように言った
病院へ行くように言った ・ 病院へ連れて行った
保護者に連絡した