

年 月 日

保護者 殿

岡山中学校・岡山高等学校 保健室

お子様の本校における学校災害につきまして、日本スポーツ振興センターへ請求しますので、下記についてご記入の上、担任へ提出してください。

生 徒 災 害 届	
中 ・ 高	年 組 番
フリガナ 生徒氏名	
生年月日 平成 年 月 日 生	
保護者氏名	
災害発生 日 時	年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 時 分 頃
災害発生 場 所	学校内
	学校外 道路・施設
災害発生 場 合	運動場 廊下 階段 昇降口 便所 ベランダ 体育館 教室 特別教室 ( ) その他 ( )
災害発生 場 合	授業中(教科 ) 休憩時間 登校中 学校行事( ) 部活動( 部) 清 掃 中 下校中 その他 ( )
災害発生 状 況	どんなことをしていて / 何が原因で / 身体のどこ(部位)がどうなったのか
救急処置 状 況	その時どうしたのか / 病院受診までの経過
医療機関 病 院 名	受診年月日 年 月 日
その他	薬局での処方 なし ・ あり (調剤薬局名 )
	装具の使用 なし ・ あり (領収書コピーをご提出ください)
	他の医療給付制度(一人親医療・育成医療・更正医療等)の利用 有 ・ 無
上記について医療費請求手続きしてください。 年 月 日 保護者印	

担任は、確認後、保健室へ提出してください。 担任 印 年 月 日 提出