

※ この用紙は、できるだけ早く提出してください。

日本スポーツ振興センター災害共済給付  
災 害 報 告 書

		担 任	教科担任	部顧問
学年・組・番号	年 組 番	男	保護者氏名	
フリガナ氏名		女	生年月日 平成 年 月 日生	
災害発生の日時	平成・令和 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分頃			
災害発生の場所	学校内	体育館・格技場・階段・廊下 グラウンド・生徒玄関・教室 その他( )	学校外	具体的に
災害発生の場合	授 業 中(教科名 体育 ) 部 活 動(種目名 大会名 ) 学校行事(行事名 学校祭 ・ 体育大会 ) 登校中 ・ 下校中 ( 徒歩 ・ 自転車 ・ バス ・ 鉄道 ・ 地下鉄 ) 始業前 ・ 休憩時間 ・ 昼食時休憩時間 ・ 放課後			
災害発生の状況	〈記入例〉①体育の時間、バスケットボールの練習中、シュートして着地した際、相手の足を踏んでバランスを崩し、右足首をひねった。 ②部活動の時間、野球の練習中、ノックを受けていた際、地面でバウンドしたボールが鼻にぶつかり、鼻血が出た。			
〔具体的に詳しく記入する〕				
病院で受診するまでの経過	①受傷後の応急手当 (だれが、どのようにしたかを書いてください) ②病院への受診 初診日 月 日 ・( ) が付き添って、学校や試合会場等から直接受診した ・念のため受診するよう指示を受け、自分で受診した。 ・帰宅してから症状が心配になり ( 当日 ・ 翌日以降 ) 自分で受診した ・その他 ( )			
公費負担医療制度について ( 使用・未使用 )	公費負担医療制度を利用している場合のみ下記にご記入ください。 ①公費負担医療制度の種類 ひとり親 ・ 障害者総合支援法 ・ その他( ) ②自己負担額 ( _____ 割 _____ 初回 _____ 円 ・ 0 円 )			