スポーツ振興センター災害共済給付に加入している保護者様

スポーツ振興センター災害共済給付の請求方法変更について（お願い）

さいたま市教育委員会
さいたま市立慈恩寺小学校長

日頃より、本市の学校教育にご理解とご協力をいただき、ありがとうございます。

さいたま市では、日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度に加入している児童生徒について、学校管理下での負傷等に係る医療費等の給付事務を行っています。

このたび、日本スポーツ振興センターにおいて、令和９年１月に災害共済給付オンライン請求システムのリニューアルが予定されており、請求方法等が変更となります。

保護者の皆様に関係する主な変更点とお願いについてお知らせします。

保護者の皆様へのお願い

令和９年１月から、災害共済給付の請求方法が変更となります。

現在お持ちの旧様式の「医療等の状況」は、できる限りシステム移行前に学校へ提出してください。

システム移行期間中は、給付決定や給付金の支払いまで通常よりもお時間を要します。

１　システム移行期間中の請求について

システム移行に伴い、令和８年12月上旬から令和９年１月中旬までの間、請求システムが停止します。この期間中に学校へ書類を御提出いただいても、システム停止中のため請求処理を行うことができず、給付決定や給付金のお支払いまで通常よりもお時間を要します。あらかじめ御了承ください。

また、災害共済給付を受ける権利は、給付事由が生じた日から２年間請求を行わないときは時効により消滅します。未提出の書類をお持ちの場合は、お早めに学校へ御提出ください。

２　請求方法の変更について

現在は、医療機関等で記載した「医療等の状況」を学校へ提出していただいています。令和９年１月以降は、原則として保護者の皆様がスマートフォン等を利用して書類の画像データをアップロードする方式に変更されます。請求方法の詳細については、後日改めて学校を通じてお知らせします。

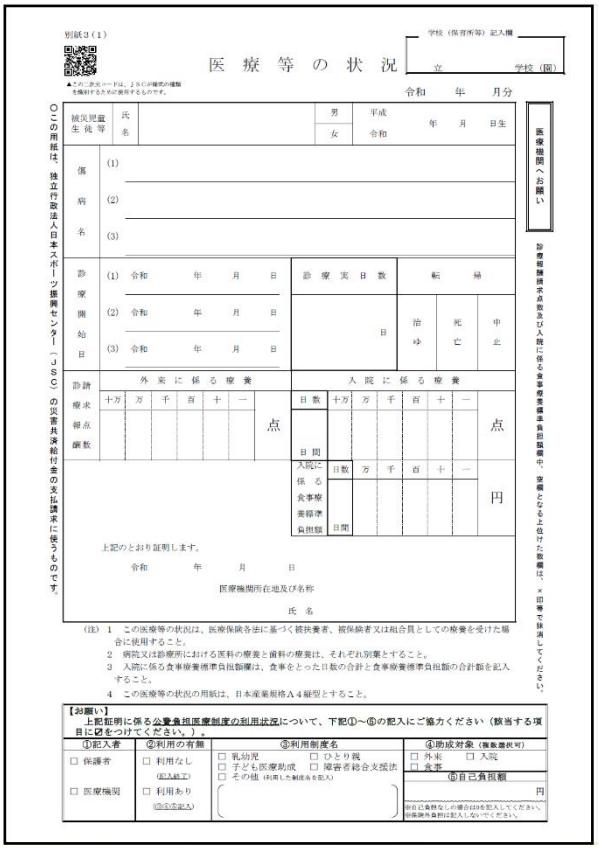
３　旧様式の「医療等の状況」をお持ちの方へ

新システムでは、原則、新様式の「医療等の状況」を使用します。旧様式をお持ちの場合は、円滑な請求手続きのため、可能な限りシステム移行前に学校へご提出くださいますようお願いいたします。

移行前のシステムでの処理を希望される場合の提出期限：令和８年11月10日（火）

※期限後に提出された場合は、移行前のシステムでの処理ができない場合があります。

参考　「医療等の状況」



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。

医療機関へお願い

診療報酬請求点数及び入院に係る食事療養標準負担額欄中、空欄となる上位けた数欄は、×印等で抹消してください。

被災児童生徒等　氏名　　男・女　　平成・令和　　年　月　日生

傷病名　(1)　(2)　(3)

診療開始日　(1) 令和　年　月　日　(2) 令和　年　月　日　(3) 令和　年　月　日

診療実日数　　日

転帰　治ゆ　死亡　中止

診療請求報点数　外来に係る療養　十万　万　千　百　十　一　点

入院に係る療養　日数　十万　万　千　百　十　一　点　／　日間

入院に係る食事療養標準負担額　日数　万　千　百　十　一　円　／　日間

上記のとおり証明します。

令和　　年　　月　　日

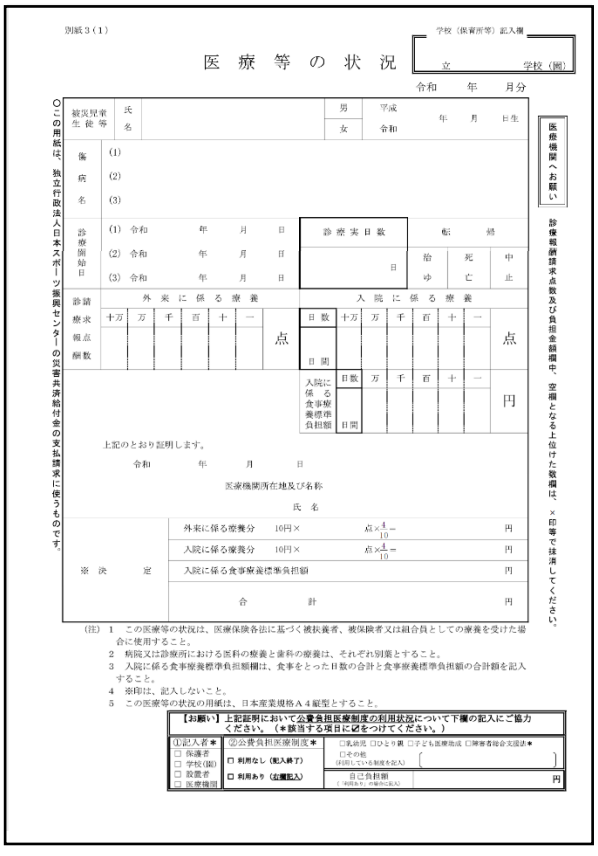
医療機関所在地及び名称

氏　名

（注）１　この医療等の状況は、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の療養を受けた場合に使用すること。
２　病院又は診療所における医科の療養と歯科の療養は、それぞれ別葉とすること。
３　入院に係る食事療養標準負担額欄は、食事をとった日数の合計と食事療養標準負担額の合計額を記入すること。
４　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①～⑤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助成対象（複数選択可）
□ 保護者 □ 医療機関	□ 利用なし（記入終了） □ 利用あり（③④⑤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（利用している制度名を記入）	□ 外来　□ 入院 □ 食事 ⑤自己負担額 円 ※自己負担なしの場合は0を記入してください。※保険外負担は記入しないでください。



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　　月分

○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。

医療機関へお願い

診療報酬請求点数及び負担金額欄中、空欄となる上位けた数欄は、×印等で抹消してください。

被災児童生徒等　氏名　　男・女　　平成・令和　　年　月　日生

傷病名　(1)　(2)　(3)

診療別始日　(1) 令和　年　月　日　(2) 令和　年　月　日　(3) 令和　年　月　日

診療実日数　　日

転帰　治ゆ　死亡　中止

診療請求報点数　外来に係る療養　十万　万　千　百　十　一　点

入院に係る療養　日数　十万　万　千　百　十　一　点　／　日間

入院に係る食事療養標準負担額　日数　万　千　百　十　一　円　／　日間

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×　点×$\frac{4}{10}$＝	円
	入院に係る療養分　10円×　点×$\frac{4}{10}$＝	円
	入院に係る食事療養標準負担額	円
	合計	円

（注）１　この医療等の状況は、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の療養を受けた場合に使用すること。
２　病院又は診療所における医科の療養と歯科の療養は、それぞれ別葉とすること。
３　入院に係る食事療養標準負担額欄は、食事をとった日数の合計と食事療養標準負担額の合計額を記入すること。
４　※印は、記入しないこと。
５　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。

【お願い】上記証明において公費負担医療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☑をつけてください。）

①記入者★	②公費負担医療制度★	
□ 保護者 □ 学校（園） □ 設置者 □ 医療機関	□ 利用なし（記入終了） □ 利用あり（左欄記入）	□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（利用している制度を記入） 自己負担額（「利用あり」の場合に記入）　円

＜新様式＞
左上に二次元コード（ＱＲコード）が記載されています

＜旧様式＞
引き続き請求に利用できますが、新システムへの移行後は手続きにお時間をいただく場合があります。