日薬業発第473号
令和4年3月14日

都道府県薬剤師会担当役員　殿

日本薬剤師会
副会長　森　昌平

書面・押印の見直しに伴う様式改正の周知について（依頼）

標記につきまして、独立行政法人 日本スポーツ振興センターより別添のとおり連絡がありましたのでお知らせいたします。

本連絡は、独立行政法人　日本スポーツ振興センター業務方法書における押印廃止に伴い、災害共済給付制度に係る文書（調剤報酬明細書）についても保険薬局証明欄の押印を廃止し、様式が改正されたことに関するものです。

取り急ぎご案内いたしますので、貴会会員にご周知くださいますようお願い申し上げます。

＜参考＞

・日本スポーツ振興センター
https://www.jpnsport.go.jp/

・様式第７「調剤報酬明細書」
https://www.jpnsport.go.jp/anzen/Portals/0/anzen/kyosai/kyosai/pdf/R4_kyosai_youshiki/09.pdf

・様式第７記載例
https://www.jpnsport.go.jp/anzen/Portals/0/anzen/kyosai/kyosai/pdf/R4_kinyu/4_tyouzai_kinyu.pdf

以上

事　務　連　絡
令和４年３月７日

公益社団法人日本薬剤師会　御中

独立行政法人日本スポーツ振興センター
学校安全部長　岡田　正巳

書面・押印の見直しに伴う様式改正の周知について（依頼）

日ごろから、独立行政法人日本スポーツ振興センターの業務について、御理解と御協力をいただきありがとうございます。

このたび、規制改革実施計画（令和２年７月１７日閣議決定）に基づき国等が行政手続における押印等の見直しを進めていることを踏まえ、独立行政法人日本スポーツ振興センター業務方法書（以下「業務方法書」という。）をはじめ、各種規程等について所要の改正を行い、令和４年４月１日以後の災害共済給付に係る文書については、書面の提出及び押印を原則不要とすることとしました。

それに伴い、業務方法書に定める別記様式第７「調剤報酬明細書」において、保険薬局証明欄の押印を不要とする様式の改正を行いましたので、各都道府県薬剤師会に周知いただきますようお願い申し上げます。

詳細については、ホームページ（https://www.jpnsport.go.jp/anzen/）で御確認ください。

今後とも、災害共済給付制度について御理解と御協力の程、よろしくお願い申し上げます。

学校（保育所等）記入欄

立　　　　学校（園）

別紙３（７）

調 剤 報 酬 明 細 書

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。

被災児童生徒等	氏名		男／女	平成／令和　　年　　月　　日生

保険医療機関の所在地及び名称		保険医氏名	1.　　6. 2.　　7. 3.　　8. 4.　　9. 5.　　10.	受付回数	回

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		調剤料	薬剤料	加算料
・	・		点		点	点	点
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						

摘要	

合計　　点	調剤基本料　点	時間外等加算　点	指導料　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

※　決　定	10円×　　点 × $\frac{4}{10}$ ＝　　円

（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　※印は、記入しないこと。
３　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＊	□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）（　　）
□ 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（右欄記入）	自己負担額（「利用あり」の場合に記入）　　円

【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いてください。

・災害共済給付制度は、学校・保育所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。

「調剤報酬明細書」の記入方法

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。

院外処方の証明に当たっては、以下の記入例に基づきご対応いただきますようお願い申し上げます。

①医師の処方箋に基づき、保険薬局から薬を購入した場合に証明をお願いします。
②療養月ごとに記入してください。
③総医療費（１０割分の点数）を記入してください。

別紙３（７）

学校（保育所等）記入欄　立　学校（園）

調　剤　報　酬　明　細　書

令和　○ 年　5 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。

被災児童生徒等	氏名	安全　健二	男・女	平成・令和　○ 年　○ 月　○ 日生
保険医療機関の所在地及び名称	○○市△◆１－２－３ ○○記念外科病院	保険医氏名	1. 健康　太郎　2.　3.　4.　5.　6.　7.　8.　9.　10.	受付回数　1 回

処方月日	調剤月日	処方　医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料	調剤数量	調剤報酬点数　調剤料	薬剤料	加算料
5・11	5・11	モーラステープ　7cm×10cm　足関節部１日２回貼付　２８枚	点 108	1	点 10	点 108	点

摘要

合計	調剤基本料	時間外等加算	指導料
点 209	点 50	点	点 41

上記のとおり証明します。

令和　○ 年　5 月　20 日

保険薬局所在地及び名称　○○市○○■－■　○　○　○　薬局

氏　名　健康　六郎

※　決　定	10円×　点×$\frac{4}{10}$＝　円

（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　※印は、記入しないこと。
３　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 ＊	☐乳幼児 ☐ひとり親 ☐子ども医療助成 ☐障害者総合支援法 ＊
☐ 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（右欄記入）	☐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

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名、保険医氏名を記入してください。

・学校の管理下で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。

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。

＊証明いただいた内容が、学校・保育所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、確認をさせていただく場合があります。

【発行】独立行政法人日本スポーツ振興センター

学校安全Ｗｅｂホームページ：https:// www.jpnsport.go.jp/anzen/に詳細を掲載しています。

JAPAN SPORT COUNCIL