

学校記入欄		<input type="checkbox"/> 全日制
県立	学校	<input type="checkbox"/> 定時制
		<input type="checkbox"/> 通信制

歯科補綴報告書

生徒氏名		生年月日	昭・平 年 月 日
災害発生日 (受傷年月)	平成 年 月 日	歯科補綴が 完了した日	平成 年 月 日
歯 科 医 師 の 証 明	部位と 傷病名		
	歯の負傷状況の詳細		
	<p style="text-align: center;">上記のことは事実と相違のないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">歯 科 医 師 名 ㊟</p>		

※個人情報の取扱については、当法人の「個人情報保護方針」及び「個人情報保護規程」に従うものとします。

※ご記入いただいた個人情報につきましては、共済契約の管理及び審査、共済金の支払及び当法人の事業のため使用され、それ以外に使用いたしません。

※義歯見舞金の審査にあたっては、当法人より「歯科補綴報告書」を作成した歯科医院に問い合わせをする場合があります。

※この用紙は一般財団法人神奈川県立高等学校安全振興会の義歯見舞金を請求する際に添付するものです。（平成 26 年 4 月 1 日以降に発生した災害に添付してください）

※義歯見舞金とは学校管理下の災害による負傷のため、歯科補綴を受けた場合で、独立行政法人日本スポーツ振興センターの障害見舞金の対象とならない 2 本以下の歯の欠損補綴及び歯冠の 3 分の 2 以上欠け、歯冠修復をした場合に、請求できます。

※この証明に伴う文書料については、一般社団法人神奈川県歯科医師会との取り決めにより無料としてご協力いただきますようお願いいたします。

※裏面の「一般財団法人神奈川県立高等学校安全振興会『歯科補綴報告書』について（お願い）」もお読みください。

平成 28 年 4 月 1 日

各歯科医療機関 殿

一般財団法人神奈川県高等学校安全振興会
(TEL 045-274-8189 担当 事務局長)

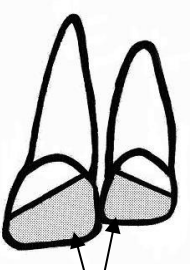
一般財団法人神奈川県高等学校安全振興会「歯科補綴報告書」について (お願い)

独立行政法人日本スポーツ振興センター（以下「日本スポーツ振興センター」）では、学校管理下の災害によるため、3 本以上の歯に歯科補綴を加えた障害について災害共済給付（障害見舞金）の支給を行う制度を設けておりますが、日本スポーツ振興センターの給付制度に対象とならない 2 本以下の歯の欠損補綴及び歯冠が3分の2以上欠け、歯冠を修復した場合に対し、一般財団法人神奈川県高等学校安全振興会で別途義歯見舞金の給付制度を設けております。本会では受傷された生徒等がこの義歯見舞金を請求いただく際に災害認定を明確化するため歯科医師の証明が必要となっております。（平成 26 年 4 月 1 日以降に発生した災害について必要です。）

つきましては、受傷された生徒等が「歯科補綴報告書」を持参されました際は、歯科補綴報告書へのご記入にご協力をいただきますようお願い申し上げます。

また、この証明に伴う文書料については、一般社団法人神奈川県歯科医師会との取り決めにより無料としてご協力いただきますようお願い申し上げます。

■歯科補綴報告書に関する「歯科医師の証明」欄、記入例

歯科 医 師 の 証 明	部位と 傷病名	<u>1 2</u> 外傷による歯冠破折
	歯の負傷状況の詳細	 <ul style="list-style-type: none">・ <u>1 2</u> 外傷による歯冠破損、露髄が認められる・ 口唇裂傷、腫脹+