

平成 年 月 日
DIA (日) ____/MÊS (月) ____/ANO (年)

保護者の皆様
AOS SENHORES RESPONSÁVEIS

船橋市立 小(中) 学校
校長
ESCOLA _____ DA CIDADE DE FUNABASHI
DIRETOR

日本スポーツ振興センター給付金申請手続きについて
SOBRE O PROCEDIMENTO DE INSCRIÇÃO
NO CENTRO DE PROMOÇÃO DO ESPORTE DO JAPÃO

学校管理下における事故については、4月に加入しました日本スポーツ振興センターにより、医療費が給付されます。

O CENTRO DE PROMOÇÃO DO ESPORTE DO JAPÃO, NA QUAL O ALUNO SE INSCREVEU EM ABRIL, RESSARCIRÁ OS CUSTOS MÉDICOS DE ACIDENTES OCORRIDOS NA ÁREA ADMINISTRADA PELA ESCOLA NO PERÍODO ESCOLAR.

1. 《医療等の状況》の用紙を手当てを受けた医療機関の窓口へ提出し、記入してもらい、保健室まで提出して下さい。また接骨院の場合は《医療等の状況》の用紙が異なりますのでご確認下さい。(欄外の注1をご覧ください。) 1

LEVE O FORMULÁRIO DE “NOTA DO TRATAMENTO” PARA A RECEPÇÃO DO HOSPITAL ONDE RECEBEU O TRATAMENTO E SOLICITE O PREENCHIMENTO. EM SEGUIDA ENTREGUE O FORMULÁRIO NA ENFERMARIA DA ESCOLA. NO CASO DE RECEBER TRATAMENTOS ORTOPÉDICOS, EXITE UM FORMULÁRIO DIFERENTE. (VEJA OBSERVAÇÃO 1)

2. 《調剤報酬明細書》は、薬が病院外で処方された場合に薬局にて記入してもらって下さい。
*1,2の用紙は月ごとに一枚必要です。治療が次の月にかかる場合はその旨をご連絡下さい。
また病院によっては、窓口に出してから作成まで何日かかる場合があります。

SE O REMÉDIO FOR PRESCRITO FORA DO HOSPITAL, PEDIR À FARMÁCIA ONDE ADQUIRIU O MEDICAMENTO PREENCHER O FORMULÁRIO “NOTA DE REMÉDIO” .

*SÃO NECESSÁRIOS OS FORMULÁRIOS 1 E 2 PARA CADA MÊS. CASO PRECISE CONTINUAR O TRATAMENTO NO MÊS SEGUINTE, ENTRAR EM CONTATO COM A ESCOLA. ALGUNS HOSPITAIS LEVAM DIAS PARA EFETUAR O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO.

3. 《口座振込依頼書》は保護者が記入され、病院で記入してもらった用紙と一緒に保健室へ提出して下さい。

(記入の際、なるべく口座名義人と依頼者(保護者)を同じにして下さい。)

SOLICITAMOS AOS PAIS QUE PREENCHAM O FORMULÁRIO “SOLICITAMENTO DE TRANSFÊRENCIA BANCÁRIA” E ENTREGUEM NA ENFERMARIA DA ESCOLA JUNTO COM O FORMULÁRIO PREENCHIDO PELO HOSPITAL. (FAVOR USAR UMA CONTA BANCÁRIA COM O NOME DO SOLICITANTE (RESPONSÁVEL)).

お願い

書類の提出の際、紛失等の事故を防ぐため、お手数ですが、直接保護者の方が保健室へお届け下さいますようよろしくお願い致します。

*都合のつかない場合は保健室までご連絡下さい。

FAVOR

PARA SE EVITAR A PERDA DO FORMULÁRIO, SOLICITAMOS QUE O MESMO SEJA ENTREGUE DIRETAMENTE NA ENFERMARIA DA ESCOLA.

*CASO NÃO SEJA POSSÍVEL, ENTARAR EM CONTATO COM ENFERMARIA DA ESCOLA.

★薬代も含めた治療費が 1500 円以上の場合に適応されます。

(接骨院の場合は病院の診療と違う点がありますので、接骨院へご相談下さい。)

★対象となる治療費は健康保険の範囲内に限ります。

★書類をいただいてから支給されるまで、数ヶ月かかります。支給されましたらお知らせ致します。

★不明な点がありましたら、保健室までご連絡下さい。

★O SEGURO SOMENTE SERÁ ACIONADO QUANDO AS DESPESAS FOREM SUPERIORES À 1,500 IENES.

(OS TRATAMENTOS ORTOPÉDICOS TEM MODO DIFERENTE DE HOSPITAL, ENTARAR EM CONTATO COM A ORTOPEDIA)

★O SEGURO SOFRERÁ LIMITAÇÕES, DE ACORDO COM O USO DO SEGURADO.

★PODERÁ LEVAR ALGUNS MESES PARA SE EFETUAR O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO FORMULÁRIO.
AVISAREMOS QUANDO O PAGAMENTO FOR EFETUADO.

★EM CASO DE DÚVIDA, ENTRAR EM CONTATO COM A ENFERMARIA DA ESCOLA.