



21小教教第814号

平成21年 6月1日

小郡三井医師会長 殿

小郡市教育委員会
教育長 清 武



要保護及び準用保護児童生徒の医療券取扱いについて

このことについて、例年ご協力をいただきましてお礼申し上げます。
本年も要保護及び準用保護児童生徒の学校病（学校保険安全法施行令第8条による疾病）罹患者につきましては、別紙のとおり医療券を配布します。この医療券を持参している児童生徒の治療費は、自己負担分については、患者からの徴収ではなく、医療券に添付しています請求書により教育委員会教務課へ請求してください。

なお、医療券の有効期間を平成21年9月30日迄としていますが、病状により治療が長引く場合は、有効期間を延長します。長引く場合は、事前にご連絡していただきますようお願いください。

この医療券とは別にひとり親家庭等医療証を持参する者につきましては、ひとり親家庭等医療証での事務処理はせず、教育委員会の医療券を優先して処理していただくようお願いいたします。

※ 治療終了後は、直ちに請求していただきますようお願いいたします。

小郡三井医師会より

学校保健担当理事	福富稔明
医療保険担当理事	毛利康茂
医療保険副担当理事	島田昇二郎
会長	丸山 泉

「学校保健安全法」に定める10疾病について

いわゆる「学校病」といわれるもので、「学校保健安全法施行令」第8条で以下の疾病が定められています。

- 1 トラコーマ及び結膜炎
- 2 白癬、疥癬及び濃癬疹
- 3 中耳炎
- 4 慢性副鼻腔炎及びアデノイド
- 5 う歯
- 6 寄生虫病（虫卵保有を含む）

保護者に対する通知

お知らせ

学年 組

氏名 _____

病名 _____

（健康診断・健康相談）の結果上、疾病にかかっていることがわかりましたからお知らせします。

この病気は、学校からお渡しした医療券を持参すれば、無料で診療を受けられます。

校長 _____ 印

保護者 殿

- （注） 1. この通知書は、学校保健法の定めるところによるものです。
2. 医師又は歯科医師に医療券とともに持参して診療を受けて下さい。治りましたら、下の欄に医師の証明を受けて学校に返して下さい。

証 明 書

学年 組

氏名 _____

平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
診療しました。

平成 年 月 日

医師住所

氏 名

殿

印

医 療 券 (医 師 用)

※	要保護・準要保護	認定番号	※は、学校で記入します。				
教育委員会名	小郡市教育委員会			印	学校名		
				学校所在地 小郡市			
※学校保健法医療券	交付第 号	交付 平成 年 月 日	この券の有効期間 平成 21 年 9 月 30 日まで (治療が長引く場合は事前にご連絡して下さい。)				
	受診者	氏名	小郡市	生年月日	平成 年 月 日生 男 ・ 女		
		住所		学 年	第 学年		
	病 名		備 考				
	診療 見込 点数	学校医氏名 (指定医氏名)	連絡先 印 Ⅲ.				
		診療給点数	点 円				
		適 要					
診療報酬請求 明細書	診 療 の 内 容			初 診 年 月 日			
	初診料及び再診療		点	診療実日数 日			
	薬 治 料		日分	点 点 点 点 点	転 帰 治癒、繰越、中止		
			日分		所要医療費総額 円		
			日分		内 訳	社会保険負担 (○印をつけて下さい) 健、国、日、共、他 円	
			日分			※ひとり親家庭等医療は、適用 できません。	
				地方公共団体(窓口)負担 円			
	注射料	回	点	支払 方法	(振込先) 当座・普通		
	処置料	回	点		銀行 支店		
	手術料	回	点		口座番号		
その他		点	名義人				
請 求 総 点 数		点	摘要				
一金 _____ 円請求します。 平成 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 ㊦ 小郡市教育委員会 殿 院(所)長名							

調 剤 報 酬 明 細 書

※ 要保護・準要保護		認定番号		※は、学校で記入します。				
教育委員会名		小郡市教育委員会			学校名			
					学校所在地		小郡市	
※ 学校保健法医療券	交付第 号		交付 平成 年 月 日		この券の有効期間 平成 21 年 9 月 30 日まで (治療が長引く場合は事前にご連絡して下さい。)			
	受診者	氏名			生年月日	平成 年 月 日生		
		住所	小郡市			男 ・ 女		
					学 年	第 学年		
	病 名					備 考		
学校医氏名 (指定医氏名)		印 連絡先						
診療報酬請求明細書	処方 月日	調剤 月日	剤 方	処 方	処 方 単 位 格 当 た り 価 格		調剤数量	調剤報酬額
			内 服		調剤料			円
			屯 服		薬剤料			
			その他		計			
			内 服		調剤料			円
			屯 服		薬剤料			
			その他		計			
			内 服		調剤料			
			屯 服		薬剤料			
			その他		計			
			内 服		調剤料			
			屯 服		薬剤料			
			その他		計			
	処方せん受付回数			回	調 剤 基本料	円 円	合計	円
	内 訳	保険組合 (○印をつけてください) 健、国、日、共、他 円 ※ひとり親家庭等医療は、適用できません。				地方公共団体 (窓口) 負担 円		
	一金.....円請求します。 平成 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 小郡市教育委員会 殿 院(所)長名							

請 求 書

円

--	--	--	--	--	--	--	--	--

ただし、要保護及準要保護児童生徒援助費（医療費）

内訳

児童生徒氏名	医 療 費 (窓口負担分)	児童生徒氏名	医 療 費 (窓口負担分)

上記の金額を下記のとおり振り込み支払い下さるよう請求します。

債 権 者	預 金 口 座		
	銀行・支店名		口座名義人(フリガナ)
	預 金 種 別		
	口座記号番号		

平成 年 月 日

住 所
医療機関名
氏 名

㊞

小郡市長 殿
(教育委員会経由)