

医療券交付申請書

久喜市教育委員会教育長 あて

定期健康診断を受診した結果、学校から下記の疾病について治療の指示がありましたので、医療券の発行を申請いたします。

なお、就学援助が不認定となった場合は、久喜市が医療機関に支払った医療費を滞りなく返金します。

※太枠のみを記入してください。

| | | | | |
|---------------|----------------------------------|--|-------------------|--|
| 記入日 | 令和 年 月 日 | 学校発行の受診のすすめ (治療指示書)等の日付 | 令和 年 月 日 | |
| 保護者 | 氏 名 | | 電話番号 | |
| | ふりがな | | 自宅 | |
| | | | 携帯 | |
| | マイナンバー | | 児童生徒との続柄 | |
| | | | | |
| | 住所 〒 | | | |
| | 社会保険の有無 | | 名 称 | |
| 有 ・ 無 | | 健保 ・ 国保 ・ 日建 ・ 共済 ・ その他 | | |
| 児童 ・ 生徒 | 氏 名 | | 生年月日 | |
| | ふりがな | | 平成 年 月 日 | |
| | マイナンバー | | 性 別 | |
| | | | 男 ・ 女 | |
| | 住所 〒 | | | |
| 学校 久喜市立 | | 小学校・中学校 | 学年 第 学年 | |
| 疾病名 | ○で囲んでください | | 医療券が必要な月を記入してください | |
| | 眼科 | トラコーマ・結膜炎 | 令和 年 月分～令和 年 月分 | |
| | 皮膚科 | はくせん 白癬 (水虫) ・ かいせん のう しん 疥癬・膿か疹 (とびひ) | 令和 年 月分～令和 年 月分 | |
| | 耳鼻科 | 中耳炎・慢性副鼻腔炎 (ちくのう) ・ アデノイド | 令和 年 月分～令和 年 月分 | |
| | 歯科 | う歯 (むし歯) | 令和 年 月分～令和 年 月分 | |
| | 内科・小児科 | 寄生虫病 (虫卵保有を含む) | 令和 年 月分～令和 年 月分 | |
| | 病院外の薬局で薬を もらう (疾病名:) ・ もらわない | | 令和 年 月分～令和 年 月分 | |
| 受診予定の 医療機関 | | | | |

| | | |
|--------------|----|----|
| 教育委員会 確認欄 | 学校 | 担当 |
| | | |

医療券交付申請書

記入例

久喜市教育委員会教育長 あて

定期健康診断を受診した結果、学校から下記の疾病について治療の指示がありましたので、医療券の発行を申請いたします。

なお、就学援助が不認定となった場合は、久喜市が医療機関に支払った医療費を遅滞なく返金します。

※太枠のみを記入してください。

| | | | |
|--------------------------|-------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| 記入日 | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 | 学校発行の受診のすすめ (治療指示書)等の日付 | 令和××年××月××日 |
| 保護者 | 氏名 | | 電話番号 |
| | ふりがな くきはなこ 久喜花子 | | 自宅 ****(*)**** 携帯 ◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆ |
| | マイナンバー | | 児童生徒との続柄 |
| | × × × × × × × × × × × × × × | | 母 |
| | 住所 〒346-8501 久喜市下早見85-3 | | |
| | 社会保険の有無 | | 名称 |
| 有 ・ 無 | | 健保 ・ 国保 ・ 日建 ・ 共済 ・ その他 | |
| 児童・生徒 | 氏名 | | 生年月日 |
| | ふりがな くきたいち 久喜太一 | | 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 |
| | マイナンバー | | 性別 |
| | ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ | | 男 ・ 女 |
| | 住所 〒346-8501 久喜市下早見85-3 | | |
| 学校 久喜市立 ◆ ◆ ◆ 小学校・中学校 | | 学年 第 〇 学年 | |
| 疾病名 | ○で囲んでください | | 医療券が必要な月を記入してください |
| | 眼科 | トラコーマ・結膜炎 | 令和 年 月分～令和 年 月分 |
| | 皮膚科 | 白癬(水虫)・疥癬・膿か疹(とびひ) | 令和 年 月分～令和 年 月分 |
| | 耳鼻科 | 中耳炎・慢性副鼻腔炎(ちくのう)・アデノイド | 令和 年 月分～令和 年 月分 |
| | 歯科 | う歯(むし歯) | 令和 年 月分～令和 年 月分 |
| | 内科・小児科 | 寄生虫病(虫卵保有を含む) | 令和 年 月分～令和 年 月分 |
| | 病院外の薬局で薬を もらう(疾病名:) もらわない | | 令和 年 月分～令和 年 月分 |
| 受診予定の 医療機関 | 〇〇〇デンタルクリニック | | |

| | | |
|--------------|----|----|
| 教育委員会 確認欄 | 学校 | 担当 |
| | | |