

保 学 内 発 4 8 号  
平 成 年 月 日

保 護 者 様

大阪府立八尾支援学校  
校 長 東 野 裕 治

## 医療券申込書について

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

日頃から、本校教育活動にご理解ご協力をいただき、誠にありがとうございます。

さて、裏面が医療券申込書となっております。必要事項をご記入の上、学校へご提出ください。なお、医療券の発行は、申込書提出後 1 週間程度かかります。

### 記

- 1 受診時、医療券を窓口にご提出してください。なお、健康保険等に加入している場合は、保険証を必ずご提出してください。
- 2 医療券は、使用した月の最終診療日に医療機関から受け取り、速やかに保健室へ提出してください。  
※医療機関から直接学校へ郵送される場合もあります。医療機関の窓口にてご確認ください。
- 3 別途に医療券の発行が必要になるのは、以下の場合は、新しい医療券が必要なときは、保健室までご連絡ください。
  - ① 治療が 2 ヶ月以上にわたる場合
  - ② 受診する医療機関が 2 件以上の場合
  - ③ 院外処方薬が出された場合（薬局用の医療券が発行されます）
- 4 医療券を使用しなかった場合は、速やかに保健室まで返却してください。
- 5 その他、ご質問等がございましたら保健室までご連絡ください。

## 医療券申込書

太枠内に必要事項をご記入の上、学校へご提出ください。

申込年月日	平成 年 月 日		
使用する月	月 *翌月の医療券は1日以降に発券、配付します		
児童・生徒	(小・中)学部 年 組 氏名		
	生年月日	平成 年 月 日	生
住所	市		
医療機関情報	病院名		
	住所		
	電話		
医療券を使用する疾病名に☑をつけてください	<input type="checkbox"/> う歯(むし歯) <input type="checkbox"/> 結膜炎 (アレルギー性は対象外) <input type="checkbox"/> ウイルス性結膜炎 <input type="checkbox"/> トラコーマ <input type="checkbox"/> 白癬(はくせん) <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 膿痂疹 <input type="checkbox"/> 寄生虫病 (虫卵保有を含む)	<input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 急性中耳炎 <input type="checkbox"/> 慢性中耳炎 <input type="checkbox"/> 滲出性中耳炎 <input type="checkbox"/> 慢性副鼻腔炎 (急性・アレルギー性は対象外) <input type="checkbox"/> アデノイド <input type="checkbox"/> 薬局 (院外処方の薬が出された場合)	

\*本紙にご記入いただいた個人情報は、医療券発行の手続きのみに使用し、それ以外には一切使用いたしません。

**※平成30年度より、『アレルギー性結膜炎』『アレルギー性副鼻腔炎』は医療券の対象外となっています。ご注意ください。**

保健室記入欄	
受取	発行