

学校病医療券申込書

受診する児童生徒		
氏名	____年 ____組 _____	
生年月日	____年 ____月 ____日	
受給区分 (該当する受給区分に○印をつけてください。)	就学援助を受給	生活保護を受給
治療したい疾病名 (該当するものに○印をつけてください。右記以外の疾病は対象となりません。)	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">・トラコーマ <li style="width: 50%;">・結膜炎 <li style="width: 50%;">・白癬 <li style="width: 50%;">・疥癬 <li style="width: 50%;">・膿痂疹 <li style="width: 50%;">・中耳炎 <li style="width: 50%;">・慢性副鼻腔炎 <li style="width: 50%;">・アデノイド <li style="width: 50%;">・う歯（虫歯） <li style="width: 50%;">・寄生虫病 	
受診予定の医療機関名	_____	
受診予定日	____年 ____月 ____日	(月をまたいだ受診予定が有る場合) …受診予定月数： ____か月 ※就学援助の場合、10月以降の医療券は10月以降の就学援助が認定となるまで発行できません。

(注意事項)

- (1) 学校病医療券を使用できない医療機関もありますので、**学校病医療券を使用して受診を開始する際は、受診予定の医療機関へ事前に、学校病医療券を使用することができるかどうかを必ず御確認ください。**
- (2) **学校病医療券を持参せずに受診した場合や、学校病医療券を使用できない医療機関を受診した場合、また医療機関における診断の結果、上記学校病以外の疾病であった場合の医療費は、自己負担となります。**
- (3) 受診の際は、学校病医療券とともに健康保険証を医療機関に提示する必要があります（生活保護を受給されていて、健康保険証をお持ちでない方は除きます）。
- (4) 受診の際には、学校が発行する①「学校病医療券」と②「学校病診療報酬請求書」（病院には「病院用」、薬局には「薬局用」と右上に記載されたもの）を、病院・薬局に提出してください。**月をまたいで継続して治療を受ける場合は、月ごとに①と②を病院・薬局に提出いただく必要があります。必ず、その月の最初の治療日前に、学校へ①と②の発行を依頼してください**（複数月に渡り受診予定がある場合は、あらかじめその月数分を発行することもできます）。
- (5) 就学援助または生活保護の受給が停止・廃止となった場合は、停止・廃止となった月以降、学校病医療券を使用することはできません。学校病医療券は学校に返却してください。就学援助又は生活保護の受給が停止・廃止となったにも関わらず、学校病医療券を使用した場合は、後に医療費を返還いただきます。
- (6) 年度が替わると、旧年度の医療券は無効となります。