

医療券交付申請書

年 月 日

つくばみらい市教育委員会教育長 様

申請者(保護者)住所

申請者(保護者)氏名

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、医療券の交付を申請します。

記

児童生徒	住 所	つくばみらい市		
	児童生徒氏名		生年月日	
	学校名		学年	第 学年
保護者氏名			電話番号	
学 校 医 ・ 学 校 歯 科 医 の 所 見				
被 患 状 況	学校保健安全法 施行令第8条に規定する疾病 ※該当箇所を○印で囲んでください。 ※保険診療の対象となる治療に限ります。	トラコーマ ・ 結膜炎 ・ 白癬 ・ 疥癬 ・ 膿痂疹 ・ 中耳炎		
		蓄膿症(慢性副鼻腔炎に限る。) ・ アデノイド		
		う歯		
		寄生虫病(虫卵保有を含む。)		
学校医師名 (学校医又は学校歯科医)				
健 康 保 険 証 の 有 無		有 ・ 無	受診予定の 医療機関	
就 学 援 助 認 定 区 分		要保護 ・ 準要保護	受診予定日 (医療券発行まで10日 前後要します。)	