

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等を、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	平成 年 月 日	学校発行の受診のすすめ (治療指示書)等の日付	平成 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	平成 年 月分～平成 年 月分	
	皮膚科	はくせん 白癬 (水虫) ・ かいせん 疥癬 ・ かつしん 膿か疹 (とびひ)	平成 年 月分～平成 年 月分	
	耳鼻科	中耳炎・慢性副鼻腔炎 (ちくのう) ・ アデノイド	平成 年 月分～平成 年 月分	
	歯科	う歯 (むし歯)	平成 年 月分～平成 年 月分	
	内科・小児科	寄生虫病 (虫卵保有を含む)	平成 年 月分～平成 年 月分	
	病院外の薬局で薬を もらう (疾病名:) ・ もらわない		平成 年 月分～平成 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等を、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	平成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	平成××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 18 年 5 月 1 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 6 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	平成 年 月分～平成 年 月分	
	皮膚科	はくせん 白癬 (水虫) ・ かいせん 疥癬 ・ かつしん 膿か疹 (とびひ)	平成 年 月分～平成 年 月分	
	耳鼻科	中耳炎・慢性副鼻腔炎 (ちくのう) ・ アデノイド	平成 年 月分～平成 年 月分	
	歯科	う歯 (むし歯)	平成 年 月分～平成 年 月分	
	内科・小児科	寄生虫病 (虫卵保有を含む)	平成 年 月分～平成 年 月分	
	病院外の薬局で薬を もらう (疾病名:) もらわない		平成 年 月分～平成 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