

医 療 券

(医師用)

認定番号	
宇美町教育委員会	印
学 校 名	
学校所在地	

学校保健安全法			交 付		有効期限		
	受給者	氏 名				生年月日	
		住 所				学 年	
	病 名				備 考		
	診 療 見 込 点 数	学校医師名	連 絡 先				—
		備 考					
	診療総点数	点				円	

診療報酬請求明細書	初 診 年 月 日		診 療 実 日 数		転 帰		摘 要		
	年 月 日		日		治療繰越中止				
	診療内容	初 診 料 及 び 再 診 料		日 分		点			
					日 分			点	
					日 分			点	
					日 分			点	
					日 分			点	
					日 分			点	
		注射料		回		点			
		処置料		回		点			
	手術料		回		点				
	その他		回		点				
	請 求 総 点 数		回		点				
	求 明	社会保険負担（○印をつけてください）				支 払 い 方 法			
		健・国・日・共・その他 円				支払方法銀行振込 銀行 支店			
地方公共団体負担 円				ふりがな					
細 書					口座名義				
					口座番号 当座・普通				
	一 金 円也請求します。								
	ただし、上記診療報酬（地方公共団体負担分）として								
年 月 日									
医療機関所在地									
医 療 機 関 名									
院（所）長名									
宇美町教育委員会 殿				印					

振込先の口座名義人は通帳どおりに記入願います。
この医療券は、学校保健安全法に基づく病気の治療に要した医療費に限ります。