

医 療 券

（歯科医師用）

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				
		住 所				
	病 名				生年月日	
	備 考				学 年	

診療報酬請求明細書			実 施 歯 数	合 計 点 数	
	診療内容	初 診 料 ・ 再 診 料		点	初 診 年 月 日
		充 填 料	歯	点	年 月 日
		処 置 料	歯	点	診 療 実 日 数 日
		歯 冠 修 復 料	歯	点	
		抜 歯 料	歯	点	転 帰 治 癒 繰 越 中 止
		そ の 他	歯	点	
	計	歯	点	所要医療費総額	
	社会保険負担（○印をつけてください） 健・国・日・共・その他			円	地方公共団体負担 円
	支 払 方 法				
	銀行振込 銀行 支店				
	ふりがな				
	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				

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。