

〔学校医療券受払簿 1〕

様式第19号

年度 _____ NO. _____

交付番号	名前 学年・組	要準 の別	病名	医療券交付 年月日	医療券回収 年月日	医療券との 照合(契印)	利用状況
	年組	要・準	1.トラコーマ 2.結膜炎 3.白癬・疥癬・膿痂疹 4.中耳炎 5.慢性副鼻腔炎 6.アデノイド 7.う歯 8.寄生虫病	年 月 日	年 月 日		年 月 日 医療費援助台帳提出 未使用・その他
	年組	要・準	1.トラコーマ 2.結膜炎 3.白癬・疥癬・膿痂疹 4.中耳炎 5.慢性副鼻腔炎 6.アデノイド 7.う歯 8.寄生虫病				年 月 日 医療費援助台帳提出 未使用・その他
	年組	要・準	1.トラコーマ 2.結膜炎 3.白癬・疥癬・膿痂疹 4.中耳炎 5.慢性副鼻腔炎 6.アデノイド 7.う歯 8.寄生虫病				年 月 日 医療費援助台帳提出 未使用・その他
	年組	要・準	1.トラコーマ 2.結膜炎 3.白癬・疥癬・膿痂疹 4.中耳炎 5.慢性副鼻腔炎 6.アデノイド 7.う歯 8.寄生虫病				年 月 日 医療費援助台帳提出 未使用・その他
	年組	要・準	1.トラコーマ 2.結膜炎 3.白癬・疥癬・膿痂疹 4.中耳炎 5.慢性副鼻腔炎 6.アデノイド 7.う歯 8.寄生虫病				年 月 日 医療費援助台帳提出 未使用・その他
	年組	要・準	1.トラコーマ 2.結膜炎 3.白癬・疥癬・膿痂疹 4.中耳炎 5.慢性副鼻腔炎 6.アデノイド 7.う歯 8.寄生虫病				年 月 日 医療費援助台帳提出 未使用・その他
	年組	要・準	1.トラコーマ 2.結膜炎 3.白癬・疥癬・膿痂疹 4.中耳炎 5.慢性副鼻腔炎 6.アデノイド 7.う歯 8.寄生虫病				年 月 日 医療費援助台帳提出 未使用・その他
	年組	要・準	1.トラコーマ 2.結膜炎 3.白癬・疥癬・膿痂疹 4.中耳炎 5.慢性副鼻腔炎 6.アデノイド 7.う歯 8.寄生虫病				年 月 日 医療費援助台帳提出 未使用・その他
	年組	要・準	1.トラコーマ 2.結膜炎 3.白癬・疥癬・膿痂疹 4.中耳炎 5.慢性副鼻腔炎 6.アデノイド 7.う歯 8.寄生虫病				年 月 日 医療費援助台帳提出 未使用・その他
	年組	要・準	1.トラコーマ 2.結膜炎 3.白癬・疥癬・膿痂疹 4.中耳炎 5.慢性副鼻腔炎 6.アデノイド 7.う歯 8.寄生虫病				年 月 日 医療費援助台帳提出 未使用・その他
	年組	要・準	1.トラコーマ 2.結膜炎 3.白癬・疥癬・膿痂疹 4.中耳炎 5.慢性副鼻腔炎 6.アデノイド 7.う歯 8.寄生虫病				年 月 日 医療費援助台帳提出 未使用・その他
	年組	要・準	1.トラコーマ 2.結膜炎 3.白癬・疥癬・膿痂疹 4.中耳炎 5.慢性副鼻腔炎 6.アデノイド 7.う歯 8.寄生虫病				年 月 日 医療費援助台帳提出 未使用・その他
	年組	要・準	1.トラコーマ 2.結膜炎 3.白癬・疥癬・膿痂疹 4.中耳炎 5.慢性副鼻腔炎 6.アデノイド 7.う歯 8.寄生虫病				年 月 日 医療費援助台帳提出 未使用・その他
市費 学校コード	学校名			学校長名			

* 未使用の学校医療券は、学校医療券受払簿と共に保管する。