

B(準)

就学援助 ・ 就学奨励費

市費学校
コード

学校医療券			大阪市教育委員会		
交付第	号	年月日	有効期限 年月日		
ワカチ	-----	病名	トラコーマ	結膜炎	白癬・疥癬・膿痂疹
児童生徒名	学年・組		中耳炎	慢性副鼻腔炎	アデノイド
生年月日	年月日		う歯	寄生虫病	
上記の者の診察については、所要医療費(準要保護者は高額療養費までの3割)を大阪市がお支払いいたします。					
			学校名		
担当医師 様			学校長名	公印	
			電話番号		

契印

学校医療券診療報酬請求書					
診療期間: 年月日 ~ 年月日 日診療分について、次のとおり請求します。					
請求日 年月日			住所		
大阪市長 様			医療機関名 請求者名 電話番号		
う歯治療部位		_____			
診療実日数	_____日		本人負担分 3割	総医療費点数	_____点
被保険者証	記号	_____	その他記載欄	総医療費総額	_____円
	番号	_____		食事療養費	_____円
保険組合名称	_____			請求額 (患者負担相当額)	_____円
転帰	治癒 ・ 繰越 ・ 中止				

医療機関様へのお願い

- この医療券で取り扱う疾病は、上記病名欄に記載の疾病の治療に限ります。
- 医療券に校長印・契印・請求者印のないものは無効です。
- 訂正印については、必ず医療券に押印いただいた請求者印にて押印してください。
- この請求書の提出期限は毎月10日です。
- 請求書の押印もれ、金額等の記入に不備があるとき、返戻されることがあります。
- 学校医療券を初めて取り扱うとき及び所在地、振込み指定銀行等に変更が生じたときは、関係学校長または保健体育担当(保健体育)までご連絡ください。

医療費援助(学校医療券)の取り扱いについて

学校医療券は、学校保健安全法第24条に基づき、本市では、要保護及び準要保護(準要保護の児童・生徒には、特別支援学級における大阪市特別支援教育就学奨励費支弁区分 段階の児童・生徒を含みます)の児童・生徒のうち、定期健康診断などの結果、治療を必要とする者に対して、同法施行令第8条に定められている対象疾病の治療に要する医療費(患者負担額)について、援助を行うものです。

学校医療券制度や取り扱い等については下記のとおりとなります。なお、ご不明な点やご質問等につきましては、大阪市教育局保健体育担当(保健体育)まで、お問い合わせください。

1 援助対象者及び対象疾病

大阪市立の小・中学校の要保護及び準要保護の児童・生徒で次に掲げる疾病にかかり、学校において治療の必要がある児童・生徒。

- | | |
|---------------------|--------------------|
| (1)トラコーマ | (5)慢性副鼻腔炎(鼻炎は対象外) |
| (2)結膜炎(アレルギー性は対象外) | (6)アデノイド |
| (3)白癬・疥癬・膿痂疹 | (7)う歯 |
| (4)中耳炎 | (8)寄生虫病(頭ジラミは対象外) |

対象疾病については、学校保健安全法施行令第8条に定めるものとする。

2 他の医療費援助との関係

上記の対象疾病に関しては、他の生活保護法による医療費援助やひとり親家庭医療費援助助成制度等より学校保健安全法による医療費援助(学校医療券)が優先し、他の医療費援助との併用はできません。

このため、他の医療費援助制度においては1回500円、1ヵ月1,000円を限度とする窓口負担が生じる場合がありますが、窓口負担(500円、1,000円)のみを学校医療券で請求することはできません。

他の医療費援助制度と併用せずに、請求額(3割もしくは10割)を医療費援助(学校医療券)で請求願います。

3 保護者の皆様へ(利用方法について)

医療費援助(学校医療券)を使用する際は、受診予定の医療機関に、事前に医療費援助(学校医療券)の取り扱いが可能であるか、ご確認ください。

初診時には学校医療券と健康保険証(要保護世帯の場合は健康保険証をお持ちの場合)を医療機関に持参してください。

(健康保険証は提示、学校医療券は医療機関等へ提出)

早期治療の効果を考え、すみやかに受診し、完治するまで通院される事をおすすめします。

4 医療機関(調剤薬局含む)の皆様へ(記入・取り扱い上の注意点について)

医療機関の名称(代表者名)と住所、認印を忘れず記入(押印)願います。

総医療費点数 × 10 = 総医療費総額

総医療費総額 × 3(10)割 = 請求額(患者負担相当額)

平成21年4月1日より、15歳以下の子どもの国民健康保険証については、滞納等により保険証をお持ちでない世帯についても発行されることとなりましたので、要保護世帯以外の10割請求は受付できません。

準要保護世帯からの請求については、総医療費総額の3割(高額療養費以下)が患者負担額となります。