Α	(要)	(医	科用)		第11号様式の1									費学 -								
			学	校医	療	券						大	阪	市	教	育	委	員	会	·		
	交付	第	号		年		月	Ε		有效	期限				年				月			日
	フリン	カ [・] ナ								トラ	コーマ			結膜	炎				白狮	解·疥	癬·膿	痂疹
	児童生	上徒名					_	4 0	病名	中	耳炎			慢性	副鼻	上腔炎			アラ	デノイ	۲	
	生年	80	-	 年	—— 月		<u>年</u> 日	組			生虫病						-					
			-0117					/Z=+ E	主/口 [/个=			つ宝川)・	+ + 17	<u></u>	v*+>=	-+/ 1	\!\+					
	むの有り	の砂奈り	ر کارا ر	ᆝᄉᆝ	区/原 真	夏(土名	供 /こ/こ	し独語	求体快品		の場合は 学校名	(3日)	で人り	י נוו או	א פטינ	2546	161/	.02	9.			
							医療	桦即	槎		校長名											公印
							Z/3.	ואנואו	1 125		話番号											44
<u> </u>	坎 区		* •	療報	TIII	抽	++> ==				эннш э											
子	f X		分移	7京 		請 ∃ ~	水膏	年	i	目	日診療	みにつ	ニノ アー	下記 σ	ンとおり	门詰试	; ; , ≠ ;	d				
-	1015t A	1101.		73						,	住所) IC J	VIC	1, 8002	, , ,	7 111 7		<i>,</i>	-			
		請才	ऐ⊟	年	F	月	日					- 19										
											機関名およ 青求者名	O										
	_	c+ = +	. *							7	配話番号											
		反市長 村		入院外						T .					λ	.院						
11		初診	時間	外·休日·深在			回		点	11	初診		時	間外·伯								点
		再診			×					13	医学管:	理										
1 2		管理加算			×		回			14	在宅	00							W (1			
再診		特間外 休日			×						21 内 22 屯								単位単位			
		深夜			×					2 0	23 外								単位			
13		学管理								· 投 薬	2.4 調								日			
		往診 存即									26 麻								日			
1 4		夜間 友 緊急								3 0	27 調: 31 皮下角								0			
在宅		者訪問診療	ŧ							注	32 静脈											
		の他								射	33 ₹0.	他										
	+ -	薬剤	薬剤				単位			40 - 処 署	薬剤											
	2 1	内服	調剤		×					50 手術												
2 0	2 2	! 屯服	薬剤				単位			<u>麻酔</u> 60	薬剤											
投藥	2 3	外用	薬剤調剤		×		単位 回			検査病理	薬剤								回			
	2 4	処方			×					70 画像									回			
		麻毒								 診断 8 0	薬剤											
3 0		7 調基 2下筋肉内								そ												
注		静脈内								の他	薬剤											
射	3 3	その他									入院年月					年			月			日
40 処		薬剤					回				病	診	\dashv'	\院基本	下料·加	〕算 ×			日	問		点
50	1	жлэ					回			-						×			日			
手術 麻酔	1	薬剤								9 0						×			日			
60 検査	,	薬剤								λ						×			日日			
<u>病理</u> 70		***								院				92 特:	定入院	× 料·その			н	10)		
画像		薬剤																				
80 その 他		方せん 薬剤					回															
تار	1	原実日 数							日		総医療	点費系	数									点
本人負担分 3割 · 10割						総医療	費総	額									円					
保険組合名称 (本人負担が3割の場合)							食事	療養	豊									円				
	では、 被保険者証 (本人負担が3割の場合)					番	号:			請	求額(患者	負担	相当	額)								円

医療機関様へのお願い

転帰

- 1. 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。
- 2. 医療券に校長印・請求者印のないものは無効です。
- 3. 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〈ださい。

治癒 · 繰越 · 中止

- 4. この請求書の提出期限は毎月10日です。
- 5. 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。
- 6. 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、関係学校長または大阪市教育委員会事務局 指導部保健体育担当(保健体育)までご連絡〈ださい。

A (要) (歯科	第11号様式の2 市費学校 コード														
		学	校医	療	券	大	阪	市 ‡	枚 育	委 員	会				
交付 第	号	年	月		日	有効期	限			年		月		日	
フリカ・ナ															
児童生徒名						年	組	授	转				う歯		
生年月日			年	月	日										
上記の者の診察	素については、	所要医	療費(全	額 たた	ごし健康	保険証使用	用の場	合は3	割)を大	阪市がお	支払い	いたし	ます。		
							学村	交名							
			担当	歯科医	基 様		学校	長名							公印
							電話	番号							

				電話番号																										
学	<u>.</u> ,	校	医	療	₹ 3	券 i	多 报	幸	6 日	州 請	求	書																		
		診	療期	間:		年		月		日	~		年		月		E	診療	分につ	こし	て下記	თと	おり詰	する	æ.	す。				
						_			_	_		_			住	所														
				<u> </u>	青求	<u> </u>		年	-	月		日	=			療機関 校者名		および	ĸ											
			大阪	市ŧ	長様	ŧ									電記	舌番号	1													
	易病: 部位	名																初診					再診	:		×				点
X	線検	查	標			×		E M R		×			×			×	-		×				平 則		×					
î	管理	料	歯科	疾患	管理	丰料		×	7	の他管理	理料											•								
投	薬	•	注!	討内	屯	外泪	È			調	×		×		処方	×		情	×		+ ×		処	×		注	×		×	
	う	蝕		×	覆	罩	×		>	•	_	×		除	去		×	1	×	:										
処 置 ·	抜		×		感染	×		根 管	>	<	"根"	×		抜髄		×		感根			×	加圧	×	:		生切		×		ļ
· 手 術			×		根	×		品 薬	>	(夰	×		 即 充		×		即			×	根充	×					×		ļ
術			X		20	×			>		177	×				×		76	Т.		×	76	×			失切		×		
麻	4=	麻	抜歯			×	浸麻	×	>		切	開 その他		×	Ī		×		t	_	の他									
麻酔歯	補	<i>ነ</i> ተጥ			詩	×		т ×	>	×	印象	x X	•	×		×		×			×	×		×		×			×	
	診垢		盐	道 ×	理	前		×	4			Ť		×	П	充形		×		_	· 咬合	×		×						
旭	歯冠形	生活		×		失録活シ	∮ "	×	+	+ ×		窩洞		×			+	×			試適	×		×						1
修	成	/11	乳 ""	×		ガラ	l	×				/N-9	+	×		修形		×		3	支台築造	×		×		×			×	ĺ
復			前小	×		×	(×		×		×		×	作	沙理		×	×	:	TEK		×	充	填	×			×	
及		前小	Ν,	×		×	(×		×		×		×	之	養着		×	×	:	硬ジ		×			充		×		
	栖	前小	Ξ	×		×	(×		×		×		×		ジ		×			乳		×		充填	充		×		
び	造歯冠:	大	Ν.	×		×	(×		×			侚	逐理		×							材料	充		×		
欠	修復	大	銀	×		×	(×		×			Ż	養着		×			×					その他	b	×		
損		大	=	×		×	(×		×			才	表着		×			×				リテ	イナー		×		
		14				×		×						,	<u> </u>	排		×							1	仮着		×		
補	ルンティ	鋳	造芸	· 大 <u>- </u>		× ×		銀		×		裏着	ル i 14 k] (×		ハ゜小 他			× ×	装		×						
綴	ック	前	装り	\'		×	(Ξ		×		銀				×						着		×						
	そ0	D他																												
				担害					3 建			1 0	割					診療	実日	数	ζ									日
(2	_ 人 <u>才</u>	負担	担額	合名 が3割	副の	場合)											総医療	· 費点	点	 数						_			点
		被	保	食者	証	場合	±⊐ =	를 :		番号	:							総医郷	養費 約	総	額									円
Ì		_		帰					治瘡	5.絹	越	• #	业				(5	請 患者負	求額 担相		額)									円

医療機関様へのお願い

- 1. この医療券で取り扱う疾病は、う歯の治療に限り、予防を目的としたフッ化物塗布、歯みがき指導等の措置は対象外です。
- 2. 医療券に校長印・請求者印のないものは無効です。
- 3. 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。
- 4. この請求書の提出期限は毎月10日です。
- 5. 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。
- 6. 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、関係学校長または大阪市教育委員会事務局 指導部保健体育担当(保健体育)までご連絡ください。

A(要)	(調剤用)					第11号様式の3					市費=	学校 ド							
	学	校	医	療					大	阪「	大教	育	委	 員	会				
交付 第		号		年		月	日	1	与効其	胡限			年		F]		日	
児童生徒名					年	組	病名	トラコ - 中耳炎			吉膜炎 曼性副				語解・排 'デ <i>ノ・</i>		・膿変	前疹	
生年月日		年		 月	- 廿	紀日		う歯	•		。 寄生虫				,	' '			
上記の者の記ます。	多察に	こつし	ては	は、所	要医	療費	(全額 健康	保険証値	吏用(の場合	計は3	割)を	大图	仮市	っがま	3支	払い	いたし	,
A 9 0					扫当	红色	下 様	:	学校	名									
					-			学	校長	長名								公印	
								電	話番	晉号									
学校医療券診	療報	酬請	求書																
診療期間:	í	¥	F	1	日	~	年	月	E	診療	分に) (I	下	記	のとま	うり言	青求	します。)
請求日			年	Ξ		月	日	住戶	斤										
								医療機 請求都											
大阪市長 様								電話	昏号										
型			左	2夕.は	見格·月	见方 田景·F	日注	単位薬剤料	調剤数量		調剤	本 公	調剤		酬点		+	n算料	
				ш /	<u> УБТЦ 7</u>	1J <i>重 1</i>	1374	十世末的行	XX.=		D/9 /1:	<u> </u>			** H114"	<u> </u>		11 71 71	_
	-									7									

医療機関様へのお願い

摘要

本人負担分

保険組合名称

(本人負担3割の場合) 被保険者証

(本人負担3割の場合)

転帰

1. 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。

繰越 ・ 中止

番号:

2. 医療券に校長印・請求者印のないものは無効です。

治癒・

3割

3. 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〈ださい。

10割

4. この請求書の提出期限は毎月10日です。

記号:

- 5. 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。
- 6. 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、関係学校長または大阪市教育委員会事務局指導部保健体育担当(保健体育)までご連絡ください。

その他記載欄

診療実日数

総医療費点数

総医療費総額

請求額

(患者負担相当額)

日

点

円

円

B (準)

就学援助 · 就学奨励費

担当医師 様

市費学校			
コード			

公印

	学 校	医療	券			大 阪 市 教	育委員	会会				
交付 第	号	年	月	日	有効期限		年 月	∃ 日				
フリカナ					トラコーマ	結膜炎	白癬·疥癬	 ¥·膿痂疹				
児童生徒名		年	組	病名	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 <i>の</i> いたします。	の診察につ	いては、	——— 所要医	療費(2	準要保護者は 高	高額療養費まで <i>0</i>	03割)を大	阪市がお支払い				
	学校名											

学校長名

電話番号

学校医療	养診療報	酬請求	書						
診療期間:	年	月	日 ~		年	月	日診療分につ	いて、下記のとおり請え	求します。
請求日	年	月	日		1	住所			
						機関名 求者名			
大阪市長 村	羕				電	話番号			
う歯治療	寮部位								
診療実日数			日	本	人負i 3 害		総医療費点数		点
被保険者証	記号 番号			そ(の他記	遠載欄	総医療費総額		円
保険組合名称							食事療養費		円
転帰	治癒·	操越 ・ 中	中止				請求額 (患者負担 額)		円

医療機関様へのお願い

- 1. 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。
- 2. 医療券に校長印・請求者印のないものは無効です。
- 3. 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〈ださい。
- 4. この請求書の提出期限は毎月10日です。
- 5. 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。
- 6. 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、関係学校長または大阪市教育委員会事務局指導部保健体育担当(保健体育)までご連絡ください。