A (要)	(医科用)	第11号様式の1	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

ﾌﾘｶﾞﾅ		病名	①トラコーマ　②結膜炎　③白癬・疥癬・膿痂疹
児童生徒名	年　組		④中耳炎　⑤慢性副鼻腔炎　⑥アデノイド
生年月日	年　月　日		⑧寄生虫病

上記の者の診察については、所要医療費（全額　ただし健康保険証使用の場合は3割）を大阪市がお支払いいたします。

医療機関　様　　学校名　学校長名　電話番号　　公印

学校医療券診療報酬請求書

診療期間：　年　月　日 ～　年　月　日診療分について下記のとおり請求します。

請求日　年　月　日　　住所　医療機関名および請求者名　電話番号　　㊞

大阪市長　様

入院外

11	初診	時間外・休日・深夜	回	点
12 再診	再診	×	回	
	外来管理加算	×	回	
	時間外	×	回	
	休日	×	回	
	深夜	×	回	
13	医学管理			
14 在宅	往診		回	
	夜間		回	
	深夜　緊急		回	
	在宅患者訪問診療		回	
	その他			
	薬剤			
20 投薬	21 内服	薬剤	単位	
		調剤 ×	回	
	22 屯服	薬剤	単位	
	23 外用	薬剤	単位	
		調剤 ×	回	
	24 処方	×	回	
	26 麻毒		回	
	27 調基			
30 注射	31 皮下筋肉内		回	
	32 静脈内		回	
	33 その他		回	
40 処置			回	
	薬剤			
50 手術麻酔			回	
	薬剤			
60 検査病理			回	
	薬剤			
70 画像診断			回	
	薬剤			
80 その他	処方せん		回	
	薬剤			

入院

11	初診	時間外・休日・深夜	回	点
13	医学管理			
14	在宅			
20 投薬	21 内服		単位	
	22 屯服		単位	
	23 外用		単位	
	24 調剤		日	
	26 麻毒		日	
	27 調基			
30 注射	31 皮下筋肉内		回	
	32 静脈内		回	
	33 その他		回	
40 処置			回	
	薬剤			
50 手術麻酔			回	
	薬剤			
60 検査病理			回	
	薬剤			
70 画像診断			回	
	薬剤			
80 その他				
	薬剤			
90 入院	入院年月日	年　月　日		
	病	診	入院基本料・加算	点
			×	日間
			×	日間
			×	日間
			×	日間
			×	日間
			92 特定入院料・その他	

診療実日数	日	総医療費点数	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）		食事療養費	円
被保険者証（本人負担が3割の場合）	記号：　番号：	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

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)	(歯科用)	第11号様式の2	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	
ﾌﾘｶﾞﾅ		疾病	⑦う歯
児童生徒名	年　組		
生年月日	年　月　日		

上記の者の診察については、所要医療費 (全額　ただし健康保険証使用の場合は3割) を大阪市がお支払いいたします。

学校名

担当歯科医　様　　学校長名　　公印

電話番号

学校医療券診療報酬請求書

診療期間:　年　月　日 ～　年　月　日診療分について下記のとおり請求します。

請求日　年　月　日

住　所

医療機関名および請求者名　㊞

電話番号

大阪市長様

傷病名部位			点
	初診	再診 ×	
X線検査	標 × × / EMR × × × × / 平測 × ×		
管理料	歯科疾患管理料 ×	その他管理料	
投薬・注射	内 屯 外 注 / 調 × × / 処方 × / 情 × ＋× / 処 × / 注 × ×		
処置・手術	う蝕 × / 覆罩 × × × / 除去 × ×		
	抜髄 × × × / 感染根処 × × × / 根管貼薬 × × × / 根充 × × × / 抜髄即充 × × × / 感根即充 × × × / 加圧根充 × × × / 生切 × × / 失切 ×		
	抜歯 × × × / 切開 × × / その他		
麻酔	伝麻 × / 浸麻 × / その他		
歯冠修復及び欠損補綴	補診 / 維持管理 × × × / 印象 × × × × × × × × ×		
	歯冠形成 生活 前鋳ジ乳 × × × / 失活 前鋳ジ乳 × ＋ × / × ＋ × / × / 窩洞 × × ＋× / 充形 × ＋× / 修形 × / 咬合 × × / 試適 × × / 支台築造 × × × ×		
	鋳造歯冠修復 乳 前小 × × × × × × / 修理 × × / TEK × / 充填 × ×		
	前小 ﾊﾞ × × × × × × / 装着 × × / 硬ジ × × / 充填材料 充Ⅰ × ×		
	前小 ﾆ × × × × × × / ジ × 乳 × / 充Ⅱ × ×		
	大 ﾊﾞ × × × × / 修理 × / 充Ⅲ ×		
	大 銀 × × × × / 装着 × × / その他 × ×		
	大 ニ × × × × / 装着 × × / ﾘﾃｲﾅｰ × ×		
	14 K × × / 材料 × / 仮着 × ×		
	ポンティック 鋳造 ﾊﾞ大 × ニ × / ﾊﾞ小 × 銀 × / 裏着 ﾊﾞ前 × 14K × / ﾊﾞ小 × 他 × / 装着 × × ×		
	前装 ﾊﾞ × / ニ × / 銀 ×		
その他			

本人負担割合	3 割　・　10 割	診療実日数	日
保険組合名称 (本人負担額が3割の場合)		総医療費点数	点
被保険者証 (本人負担額が3割の場合)	記号:　番号:	総医療費総額	円
転帰	治癒　・　繰越　・　中止	請求額 (患者負担相当額)	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
フリガナ 児童生徒名	年 組	病名	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
生年月日	年 月 日		

上記の者の診察については、所要医療費（全額　健康保険証使用の場合は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

学校医療券診療報酬請求書

診療期間：　年　月　日 ～　年　月　日診療分について下記のとおり請求します。

請求日　年　月　日　住所

医療機関名
請求者名　　㊞

大阪市長　様　　電話番号

処方月日	調剤月日	処方 医薬品名・規格・用量・用法	単位薬剤料	調剤数量	調剤報酬点数 調剤料	薬剤料	加算料
摘　要							

本人負担分	3割 ・ 10 割	その他記載欄	診療実日数	日
保険組合名称（本人負担3割の場合）			総医療費点数	点
被保険者証（本人負担3割の場合）	記号：　番号：		総医療費総額	円
転帰	治癒 ・ 繰越 ・ 中止		請求額（患者負担相当額）	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。

第11号様式の4

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
フリガナ 児童生徒名	年 組	病名	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
生年月日	年 月 日		⑦う歯 ⑧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

学校医療券診療報酬請求書

診療期間： 年 月 日 ～ 年 月 日診療分について、下記のとおり請求します。

請求日 年 月 日

住所

医療機関名
請求者名　㊞

大阪市長 様

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 番号	その他記載欄	総医療費総額	円
保険組合名称			食事療養費	円
転帰	治癒 ・ 繰越 ・ 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。