

一般社団法人 青森県薬剤師会弘前支部会員様

弘前市教育委員会  
教育長 吉田 健  
(公印省略)

令和2年度医療扶助に係る校外治療の実施について(依頼)

日頃より、当市の教育行政運営にご協力をいただき感謝申し上げます。

さて、市教育委員会では、校内検診で治療が必要と認められる、就学援助の対象となる世帯の児童生徒について、今年度も、学校保健安全法第24条及び同法施行令第8条各号に定められた疾病治療にかかる医療費を補助することといたします。

つきましては、下記の事項に留意のうえ薬剤を処方していただくよう、よろしく願いいたします。

なお、今年度は新型コロナウイルス感染症予防のため、定期健診の予定が変更となったことを鑑み、医療券の有効期限を変更いたします。詳細は実施要領の「6.治療の期間」をご確認ください。

記

1. 治療の期間 今年度のみ、医療券の有効期限は発行日から3ヶ月間とします。  
ただし、実施期間後も治療が必要な場合は、以後も3か月を期限とし、令和3年3月31日まで延長できることとしております。
2. 治療の対象者 学校保健安全法第24条及び同法施行令第8条に定める以下の疾病に該当する、就学援助の対象となる世帯の児童生徒
  - ・トラコーマ、結膜炎
  - ・白癬、疥癬、膿痂疹
  - ・中耳炎
  - ・慢性副鼻腔炎(及びアデノイド)
  - ・齲齒
  - ・寄生虫病(虫卵保有を含む。)
3. 治療対象の範囲 2で掲げた疾病の保険診療の対象となる治療
4. 薬剤料の請求 薬剤料については、薬剤料総額から健康保険等が給付する額を除いた額(保険診療の3割分)を弘前市教育委員会が負担します。  
請求は、「薬剤料請求書」に1か月に処方した分を1枚にまとめて記入し、下記担当まで提出してください。
5. その他 参考として、「令和2年度医療扶助実施要領」と「薬剤券」、「薬剤料請求書」の見本を送付します。

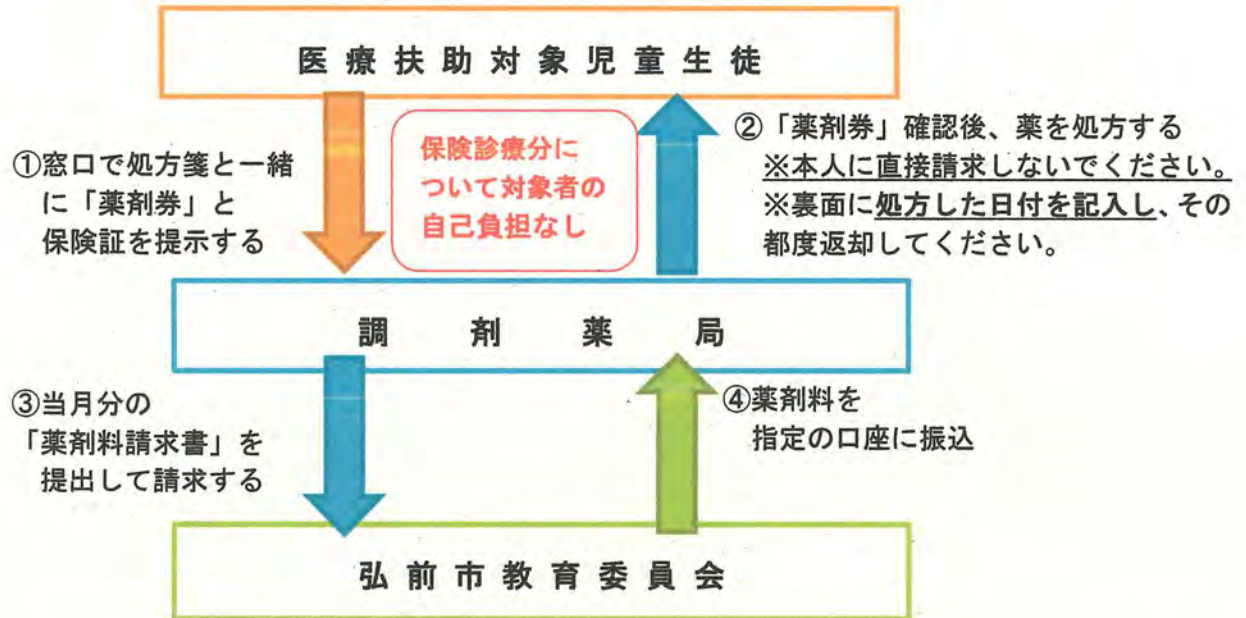
〒036-1393 弘前市賀田1-1-1

弘前市教育委員会

担当：学務健康課保健給食係 工藤 稚子

電話 0172-82-1835 F A X 0172-82-5899

医療扶助 医療・薬剤券使用の流れ（調剤薬局用）



「薬剤券」を提示されたら

初回に「薬剤券」を提示されたら、調剤薬局名記入欄に記入してください。  
また、「薬剤券」に記載された学校名・児童生徒氏名と、請求金額を控えてください。  
薬剤料は、総額から健康保険等が給付する額を除いた額（保険診療の3割分）を弘前市教育委員会が支払いますので、対象児童生徒へ直接請求しないでください。

請求について

- 1か月単位で、弘前市教育委員会宛てに請求をお願いします。  
「薬剤料請求書」に、1か月に処方した分を1枚にまとめ、弘前市教育委員会学務健康課へ提出してください。
- ・その月に複数回処方があった児童生徒については、総額を記載してください。
  - ・学校別に請求書を分けて、1枚にまとめてください。

【お願い】

- ・薬剤券を持参した対象者がいた場合、学務健康課までご連絡ください。  
(お支払いのことについて等、必要な手続きについてご説明いたします。)
- ・弘前市立小・中学校に通う児童生徒が対象のため、薬局も弘前市の利用を想定しておりますが、もし弘前市以外で該当がありましたらご連絡ください。
- ・薬剤料は口座振替でお支払いします。  
弘前市へ債権者登録をしていない方や、すでに登録をしている口座とは別の口座を利用したい方は、債権者登録が必要になります。必要書類を送付しますので、ご希望の場合はご連絡をお願いします。

# 薬剤料請求書 (〇月分)

令和 年 月 日

弘前市教育委員会教育長 殿

調剤薬局名

請求者が調剤薬局を営んでいる会社の場合は、名称欄に「株式会社〇〇 〇〇薬局〇〇店」のように、薬局名も分かるようにお書きください。また、代表者氏名も会社の代表者とその印を使用してください。

点数、一部負担金、請求金額は訂正不可です。修正液、訂正印で訂正せず、誤った場合は作り直してください。

所在地  
名称  
代表者氏名

薬局で請求できる場合は、名称欄に薬局名、代表者に薬局の代表者とその印を使用してください。

※いずれも弘前市の債権者登録をしたものと同じ名義にしてください。

印

印は朱肉を使う印鑑で押印してください。

学校保健安全法第24条による受診者について、下記の通り請求します。

学校名	児童生徒氏名	点数	一部負担金 (円)
<p>○点数と一部負担金は、1人ごとの1か月の合計を記載してください。 ○一部負担金は、保険診療の3割です。</p>			
<p>請求金額は、一部負担金の合計額と同額です。</p>			
合 計			
請 求 金 額 ( 円 )			

振込銀行

銀行名

支店名

口座種別

口座番号

口座名義人

[学校保健医療費]

## 薬剤料請求書 ( 月分)

令和 年 月 日

弘前市教育委員会教育長 殿

調剤薬局名

所在地

名称

代表者氏名

印

学校保健安全法第24条による受診者について、下記の通り請求します。

学校名	児童生徒氏名	点数	一部負担金 (円)
合 計			
請求金額 (円)			

振込銀行

銀行名

支店名

口座種別

口座番号

口座名義人

## 令和2年度医療扶助実施要領

### 1. 補助目的

学校保健安全法第24条及び同法施行令第8条各号に定められた疾病（以下「当該疾病」という。）の治療にかかる医療費及び薬剤費（以下「医療費等」という。）を補助し学習能率の向上を図り、学校教育の円滑な実施に資することを目的とする。

### 2. 補助対象者

市立小・中学校に在学し就学援助の準要保護として認定され、当該疾病のいずれかに該当し、学校長より治療の指示のあった児童生徒を対象とする。ただし、学校での健康診断後に当該疾病と判明したときは、保護者から令和2年度医療扶助交付申出書（兼申出書）の提出があった児童生徒についても対象とする。

### 3. 補助対象治療の範囲

学校保健安全法施行令第8条各号に定める疾病であり治療のための医療に要する保険診療及び処方された薬剤を対象とする。

### 4. 治療費の補助の範囲

健康保険等の被保険者として医療費等の給付を受けられる額を控除した額（被保険者の自己負担額3割分）を補助する。

### 5. 医療券及び薬剤券の交付及び医療費等の支払い

(1) 学校での健康診断の結果、当該疾病が確認され治療の指示があった者のうち、令和2年度医療扶助申請書（兼申出書）により医療券及び薬剤券を交付申請した者に対し、児童生徒ごとの医療券及び薬剤券を、学校を経由して交付する。

(2) 被保険者の自己負担額3割分は、弘前市教育委員会が認める各医療機関等に支払うものとする。

### 6. 治療の期間

今年度に限り、医療券の発行日から3ヶ月間とする。ただし、期間後も治療が必要であると学校長より指示のあった児童生徒は、以降も3か月を期限とし、令和2年3月31日まで延長することができるものとする。

### 7. 医療機関等へ受診時について

医療券及び薬剤券を児童生徒の健康保険被保険者証と一緒に窓口へ提示し、治療を受けるものとする。

# 歯科用 薬剤券 ※見本※

受診者 \_\_\_\_\_ (実物は A5 両面です)

学校名 弘前市立弘前小学校 \_\_\_\_\_

2年 組 氏名 弘前 さくら \_\_\_\_\_

生年月日 平成 24 年 10 月 10 日 \_\_\_\_\_

上記の児童生徒は学校保健安全法による診察が受けられます。

調剤薬局名	(※利用した調剤薬局名を調剤薬局が記入する)
-------	------------------------

## 弘前市教育委員会教育長

この券の有効期間	令和 2 年 9 月 1 日から 令和 2 年 12 月 31 日まで	交付年月日	令和 2 年 9 月 1 日
保険証番号	被保険者証に記載のとおり	保険者名	被保険者証に記載のとおり
被保険者氏名	被保険者証に記載のとおり	住所	弘前市大字賀田一丁目 1 番地 1
調剤薬局名		この券を提示されたら、必要事項を記入のうえ、毎回返却してください。	
保護者の方へ		活版が空欄になったら、この券を学校へ提出してください。	

交付№ 歯薬 1000

※調剤薬局記入欄※  
薬剤を処方した月日を記入してください。

例	6月	1日	20日	日	日	日	日
	月	日	日	日	日	日	日
	月	日	日	日	日	日	日
	月	日	日	日	日	日	日

※教育委員会記入欄※

薬剤券受取日	令和	年	月 日
--------	----	---	-----

※ひとり親家庭等医療費給付及び子ども医療費給付を受けている場合はそちらが適用されます。この券は返却してください。

裏面もあります

医科用 薬剤券 ※見本※

受診者

(実物は A5 両面、黄色の紙です)

学校名 弘前市立弘前小学校

1年 組 氏名 弘前 さくら

生年月日 平成 24 年 10 月 10 日

上記の児童生徒は学校保健安全法による診察が受けられます。

調剤薬局名	(※利用した調剤薬局名を調剤薬局が記入する)
-------	------------------------

弘前市教育委員会教育長

この券の有効期間	令和元年6月1日から 令和元年9月30日まで	交付年月日	令和元年6月1日	交付№	医薬 1000
保険証番号	被保険者証に記載のとおり	保険者名	被保険者証に記載のとおり		
被保険者氏名	被保険者証に記載のとおり	住所	弘前市大字賀田一丁目 1 番地 1		

調剤薬局へ この券を提示されたら、必要事項を記入のうえ、毎回返却してください。

保護者の方へ 活版物全て終了したら、この券を学校に提出してください。

※ひとり親家庭等医療費給付及び子ども医療給付を受けている場合はそちらが適用されます。この券は返却してください。

裏面もあります

※調剤薬局記入欄※

薬剤を処方した月日を記入してください。

例	6月	1日	20日	日	日	日	日	日
	月	日	日	日	日	日	日	日
	月	日	日	日	日	日	日	日
	月	日	日	日	日	日	日	日

※教育委員会記入欄※

薬剤券受取日	令和 年 月 日
--------	----------