

別紙(記入例)

《記入上の注意事項》

1 記入箇所

- ① 債権者欄(右上部分)住所・氏名(必ず保護者名とします)
- ② 押印3枚(朱肉印で押印してください。スタンプ印不可)
- ③ 請求年月日・・・この請求書を記入した日をご記入ください。
- ④ 品名欄に「学校名、クラス、児童・生徒氏名」
「日本スポーツ振興センター医療費」
- ⑤ 口座名義(左下部分)・・・①で記入した保護者名義の口座

2 注意事項

- ・ 上記①氏名と⑤口座名義人は同じにしてください。
- ・ 口座名義や番号など、記載内容に誤りがないよう正確にご記入ください。
- ・ 記入押印後、学校へ3枚とも提出してください。
- ・ 病院へ提出する必要はありません。

納品・請求書(控)
(口座振替依頼書)

田市長様

請求日 平成 23年 1月 1日

債権者コード		請求者番号
① 住所	行田市本丸2-20	
権者氏名	行田 太郎	

②

行田 印

品名	数量	単価	金額
④ ○○小学校 3-1 行田 蓮子			
日本スポーツ振興センター 医療費			
記入不要です			
合計			

⑤ 支払金は下記金融機関に振り込んで下さい。

行田 銀行 行田 支店 当(普) No.123456	
フリガナ	ギョウダ タロウ
口座名義	行田 太郎
納品年月日	年 月 日
納品部課名	部 課

受領印

※ 記載内容に誤りがないか、再度ご確認ください！

重 要 ！

保護者のみなさまへ

学校でけが等をされ、病院で治療を受ける際の注意点についてお知らせします。

- 1 学校管理下におけるけが等は「日本スポーツ振興センター」の保険給付の対象になりますので、学校の先生の指示に従って手続きをしてください。
- 2 医療機関(薬局含む)に「学校でのけが」とお伝えください。
- 3 1件のけがにつき総自己負担額が1,500円以上の医療費が対象です。
- 4 該当する場合は、必ず医療機関の窓口で3割負担分の支払をしてください。学校から教育委員会を通じて手続き後、4割分(お見舞金を含みます。)を指定された口座へ振込みます。

※ 子ども医療費、ひとり親家庭医療費 等の医療助成制度は使用できません。

なお、ご不明な点は学校(TEL: _____)までお問い合わせください。

行田市教育委員会 556-8316