

学生番号

[Empty box for student number]

長期療養証明書

各医療機関 殿

受診者氏名 _____

住所 _____

免除申請者との続柄 ()

このたび、長崎大学 _____ 学部・研究科 _____ 年 氏名 _____ の
授業料免除申請に際し、長期療養者の特別控除を受けたいので、私の診療状況について証
明をお願いいたします。

記

(1) 傷病名 _____

(2) 診療開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(3) 医師の所見 入院 (予定) _____ 年 _____ 月 _____ 日
(_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日)

通院 (予定) _____ 月・週あたり _____ 回程度で _____ 年 _____ 月 _____ 日

所見: _____

(4) 患者負担額 (保険給付分のみ。入院患者の食費は除く。)

証明時現在支払済の場合はその金額を、それ以外は見込金額を記入願います。

2023年 4月.....円	2023年 10月.....円
2023年 5月.....円	2023年 11月.....円
2023年 6月.....円	2023年 12月.....円
2023年 7月.....円	2024年 1月.....円
2023年 8月.....円	2024年 2月.....円
2023年 9月.....円	2024年 3月.....円

上記のとおり証明いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所在地 _____

診療機関名・調剤薬局名 _____

医師 (代表者) 氏名 _____ 印 _____

※ 申請時現在において、① 6カ月以上にわたる診療期間中である者、② 6カ月以上にわたり診療が必要と認められる者が対象となります。

学生番号

[Empty box for student number]

長期療養証明書

各医療機関 殿

受診者氏名 _____

住所 _____

免除申請者との続柄 ()

このたび、長崎大学 _____ 学部・研究科 _____ 年 氏名 _____ の
授業料免除申請に際し、長期療養者の特別控除を受けたいので、私の診療状況について証
明をお願いいたします。

記

(1) 傷病名 _____

(2) 診療開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(3) 医師の所見 入院 (予定) _____ 年 _____ 月 _____ 日
(_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日)

通院 (予定) _____ 月・週あたり _____ 回程度で _____ 年 _____ 月 _____ 日

所見: _____

(4) 患者負担額 (保険給付分のみ。入院患者の食費は除く。)

証明時現在支払済の場合はその金額を、それ以外は見込金額を記入願います。

2023年 10月	.....円	2024年 4月	.....円
2023年 11月	.....円	2024年 5月	.....円
2023年 12月	.....円	2024年 6月	.....円
2024年 1月	.....円	2024年 7月	.....円
2024年 2月	.....円	2024年 8月	.....円
2024年 3月	.....円	2024年 9月	.....円

上記のとおり証明いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所在地 _____

診療機関名・調剤薬局名 _____

医師 (代表者) 氏名 _____ 印 _____

※ 申請時現在において、①6カ月以上にわたる診療期間中である者、②6カ月以上にわたり診療が必要と認められる者が対象となります。

