

学生番号

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、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

長期療養証明書

各医療機関 殿

受診者氏名 大村 ハナ

住所 福岡市東区箱崎 1-6-10

免除申請者との続柄 (祖母)

このたび、長崎大学 工学 学部・研究科 2 年 氏名 長崎 大地 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 H 30 年 5 月 10 日
(3) 医師の所見 入院 (予定) _____ 年 _____ 月 _____ 日 終身
(_____ 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	<u>10,000</u> 円	2023年 10月	<u>10,000</u> 円
2023年 5月	<u>10,000</u> 円	2023年 11月	<u>10,000</u> 円
2023年 6月	<u>10,000</u> 円	2023年 12月	<u>10,000</u> 円
2023年 7月	<u>10,000</u> 円	2024年 1月	<u>10,000</u> 円
2023年 8月	<u>10,000</u> 円	2024年 2月	<u>10,000</u> 円
2023年 9月	<u>10,000</u> 円	2024年 3月	<u>10,000</u> 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 _____

長期療養者とは ①申請時現在において、6カ月以上にわたる期間療養中である者

②6カ月以上にわたる期間療養が必要と認められる者をいいます。

- 1 医療費を控除対象とします。

患者負担額や薬剤料は医療保険給付適用のものが対象となります。

介護保険による介護サービスを受けている場合は、利用限度額内の自己負担額を対象とします。

- 2 健康保険等によって医療給付を受ける金額及び損害賠償等によって補填される金額は除きます。

- 3 添付書類

ア 生命保険等がある場合は、保険金等支給通知書 (写) を必ず提出してください。

イ 医療費控除の確定申告を行った場合は、確定申告書 (控) の写しを提出してください。

ウ 医師の証明が得られないときは、診断書 (傷病名、療養の期間 (6月以上) を明記したもの) を必ず提出してください。

※ 証明を必要とする者が2名以上いる場合や複数の医療機関で診療を受けている場合などは、必要枚数をコピーして使用してください。