

# 長期療養証明書

平成 年 月 日

診療機関 殿

受診者氏名	印
受診者住所	
学生との続柄	
学部・研究科	体育学部 ・ 体育学研究科
学籍番号・年次	・ 年次
学生氏名	

私の家族（上記学生）が鹿屋体育大学へ授業料免除等を申請するので、下記事項について証明下さるようお願いします。

記

- 傷病名 \_\_\_\_\_ (プライバシーに関わる場合は未記入で可)
- 診療開始日 S・H 年 月 日
- 診療期間 入院(予定) 年 カ月(平成 年 月 ~ 平成 年 月まで・未定)  
通院(予定) 月・週 回程度で( 年 ヶ月・未定)

領収月	患者負担額 (入院患者の食費は除く)	領収月	患者負担額 (入院患者の食費は除く)
平成29年4月	円	平成29年10月	円
平成29年5月	円	平成29年11月	円
平成29年6月	円	平成29年12月	円
平成29年7月	円	平成30年1月	円
平成29年8月	円	平成30年2月	円
平成29年9月	円	平成30年3月	円
(注) 保険外適用のもの(部屋代など)は控除できません。		計	円

※領収予定の金額は記入しないでください

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

所在地：  
医療機関名：  
医師名等： 印  
電話番号： \_\_\_\_\_

(担当医殿)  
現在6ヶ月以上の期間にわたって療養中の場合、あるいは6ヶ月以上の期間にわたって療養が必要と認められる場合は、長期療養者として療養費の控除ができるようになっております。なお、不明な点がありましたら、鹿屋体育大学学生課生活支援係(電話：0994-46-4888)にお問い合わせください。