

長期療養証明書

令和 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いたします。

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 _____ 年 月 日
- 診療期間 入院(予定) _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日まで・未定
通院(予定) _____ 月・週 _____ 回程度で(_____ 年 _____ 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30年10月 | 円 | 平成31年4月 | 円 |
| 平成30年11月 | 円 | 令和元年5月 | 円 |
| 平成30年12月 | 円 | 令和元年6月 | 円 |
| 平成31年1月 | 円 | 令和元年7月 | 円 |
| 平成31年2月 | 円 | 令和元年8月 | 円 |
| 平成31年3月 | 円 | 令和元年9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。

令和 年 月 日

所在地:

医療機関名:

医師名等:

電話番号:

印

(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。