

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 月 (年 月 月 ~ 年 月 月まで・未定)
通院(予定) 月・週 回程度で (年 月 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)
令和元年10月	円	令和2年4月	円
令和元年11月	円	令和2年5月	円
令和元年12月	円	令和2年6月	円
令和2年1月	円	令和2年7月	円
令和2年2月	円	令和2年8月	円
令和2年3月	円	令和2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 : 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。