

長期療養証明書

令和 年 月 日

診療機関 殿

受診者氏名	
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

1. 傷病名 _____（プライバシーに関わる場合は未記入で可）
2. 診療開始日 _____年 月 日
3. 診療期間 入院（予定） _____年 カ月（ _____年 月 ～ _____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）
令和2年4月	円	令和2年10月	円
令和2年5月	円	令和2年11月	円
令和2年6月	円	令和2年12月	円
令和2年7月	円	令和3年1月	円
令和2年8月	円	令和3年2月	円
令和2年9月	円	令和3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。

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。