

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7年4月 | 円 | 令和7年10月 | 円 |
| 令和7年5月 | 円 | 令和7年11月 | 円 |
| 令和7年6月 | 円 | 令和7年12月 | 円 |
| 令和7年7月 | 円 | 令和8年1月 | 円 |
| 令和7年8月 | 円 | 令和8年2月 | 円 |
| 令和7年9月 | 円 | 令和8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。