

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 ケ月・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。ご多忙の中、恐れ入りますが、証明方よろしくお願ひいたします。なお、ご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。