

様式 7

受験番号		氏名	
------	--	----	--

長期療養証明書

受診者氏名 _____ 年齢 (_____ 歳)

※ (A)欄の直近1年間の医療費等合計が10万円に満たない場合、本様式は提出不要です。

医療費等内訳

診 療 月	①医療費等 (自己負担額)		② 附加給付金等	合 計 ①-②
	外来(通所)分	入院(入所)分		
2024年 4月分	円	円	円	円
2024年 5月分	円	円	円	円
2024年 6月分	円	円	円	円
2024年 7月分	円	円	円	円
2024年 8月分	円	円	円	円
2024年 9月分	円	円	円	円
2024年 10月分	円	円	円	円
2024年 11月分	円	円	円	円
2024年 12月分	円	円	円	円
2025年 1月分	円	円	円	円
2025年 2月分	円	円	円	円
2025年 3月分	円	円	円	円
合 計	円	円	円	円(A)

※ **診断書** (病名・療養の期間(6か月以上)を明記したもの)の本紙を提出してください。
 ※ 医療費等の**領収書**(診断書に記載された病名に対して支払った金額)のコピーは、**ひと月ごとに貼付台紙に貼付し**、合計金額を算出してください。

- ・ 高額療養費、高額介護サービス費については、健康保険等へ請求し還付されたものとして取り扱います。
- ※ ①の医療費等は、**診療月ごとに記入**してください。支払月ではありません。なお、**食費、差額ベッド代、病院で使う衣類や日用品代、介護施設の居住費、その他雑費等は除いてください。**
- ・ ②の欄には、附加給付金、保険金、老人や障害者等で特別に医療費を還付されたもの等を記入してください。

大学認定欄	千円
-------	----