

学生番号	申請者氏名
------	-------

長 期 療 養 証 明 書

各 診 療 機 関 殿

受診者 氏名 _____ 年齢 (歳)
住所 _____

このたび、熊本大学に在学中（入学予定）の、（続柄） _____ （氏名） _____
が、免除申請に必要なため、私（受診者）に関わる下記事項について証明願います。

記

1.傷病名

2.診療開始日 年 月 日

3.診療期間 入院（予定） 年 ケ月（ 年 月 日～ 年 月 日）
通院（予定） 月・週 回程度で 年 ケ月

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		令和7年10月	
令和7年5月		令和7年11月	
令和7年6月		令和7年12月	
令和7年7月		令和8年1月	
令和7年8月		令和8年2月	
令和7年9月		令和8年3月	
計		①	

医療費について上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

診療機関名

医師名等

印

所在地

電話 () -

_____ 下記については申請者が記入してください。 _____

※医療給付額は正しく申告してください。ない場合は「なし」と記入し、②に合計金額（全てない場合は0）を記入後、①-②の金額まで記入してください。記入のない場合は、医療費の証明があっても控除の対象となりません。

領収月	健康保険等による医療給付額	領収月	健康保険等による医療給付額
令和7年4月		令和7年10月	
令和7年5月		令和7年11月	
令和7年6月		令和7年12月	
令和7年7月		令和8年1月	
令和7年8月		令和8年2月	
令和7年9月		令和8年3月	
計		②	

※特別控除の申請を入力した場合のみ
提出が必要です。

①-②= 円

長期療養に係る特別控除について

- 申請時現在において、6ヶ月以上の長期療養中の方又は医師の診断等により療養が必要であると診断され、**療養のため通常の生活が困難な方がいる世帯が対象**となります。
なお、申請時現在において療養を終わった方、歯や高血圧等の治療のため病院等に通院しても**通常どおりの生活が可能な方（仕事、日常の生活に支障のない方）**は該当しません。
- 控除の対象となる費目は、診療代、治療代、入院費（食費を除く。）、看護人費用、医師等の指示により治療又は療養のために支出する医薬品代、医師等が必要と認めた治療用器具代、医師が証明したおむつ代などです。
なお、特別療養環境室料や施設使用料は、医師が治療のために必要と認めた場合に限り、控除の対象となります。
- 健康保険法の規定により支給を受ける家族療養費、高額療養費などの保険金などで補てんされる場合は、その補てんされた金額分については、控除の対象なりません。

※長期療養に係る特別控除の希望者で、免除申請書類提出時までに間に合わない領収月の負担額や払戻金額は、後日、追加で提出することも可能です。間に合わない場合は、個別に申し出てください。