

学籍番号

長期療養証明書

Certification of Long-Term Medical Treatment

年 月 日

鹿児島大学長 殿

(療養中の者)

氏名

申請者との続柄

鹿児島大学に在学中の（申請者）の授業料免除申請に際し、標記の証明書が必要ですので、下記事項を証明願います。

※医療機関の方へ

- ・証明時点において、診療期間が6ヶ月以上（見込みを含む）の場合にのみ証明をお願いします。
- ・患者負担額は、入院患者の食費及び老人介護施設での家賃・食費（食事療養以外）を除いた保険診療分が対象となります。

1. 傷病名

2. 診療期間 入院 年 月 ～ 年 月 (予定)・未定

通院 年 月 ～ 年 月 (予定)・未定

3. 保険証の種類 国保・社会保険・老人保健・その他 ()

4. 患者負担額 (医療保険又は介護保険適用分における自己負担額)

2018年	1月	円	2月	円	3月	円	4月	円
	5月	円	6月	円	7月	円	8月	円
	9月	円	10月	円	11月	円	12月	円
2019年	1月	円	2月	円	3月	円	4月	円
	5月	円	6月	円	7月	円	8月	円
	9月	円	大学記入欄					

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

住 所

医療機関名

記入者氏名

印

※長期療養者が複数名いる場合は、本様式をコピーして作成してください。