

# 長期に療養を要する人の控除に関する申立書

年 月 日

保証人又は保護者氏名

学 生 証 番 号

学 生 氏 名

私の家族の長期療養に伴い、特別な支出があったことを申し立てます。

1. 受診者氏名(傷病名) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

2. 診 察 開 始 日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

3. 診 療 期 間 入院： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日・現在

通院： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日・現在

4. 免除対象医療費 外来 \_\_\_\_\_ 円 入院 \_\_\_\_\_ 円 合計③ \_\_\_\_\_ 円

5. 内 訳

医療費等対象年月	①自己負担額 (食費を除く)		②補填される金額 (高額医療費, 保険金等)		控除対象 医 療 費 ① - ②
	外来分	入院分	外来分	入院分	
_____ 年 _____ 月	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円
_____ 年 _____ 月	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円
_____ 年 _____ 月	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円
_____ 年 _____ 月	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円
_____ 年 _____ 月	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円
_____ 年 _____ 月	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円
_____ 年 _____ 月	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円
_____ 年 _____ 月	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円
_____ 年 _____ 月	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円
_____ 年 _____ 月	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円
合 計	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円	③ _____ 円

(注1) 領収書(写)を必ず添付すること。

(注2) 領収書(写)は、該当の人の名前が記されているものに限りです。

(注3) 光熱費, 差額ベッド代, 食費や老人ホーム入所費は含みません。

(注4) 家族に2人以上該当者がいる場合, 医療費等は合算のうえ記入すること。

(注5) 「②補填される金額」は, 医療付加金・高額医療費・生命保険金等の合計を記入し, 支給明細書等(写)を提出すること。

(注6) 記載事項又は添付書類等, 不備の場合は控除にならない場合があるので, 確認してから提出すること。

(注7) 長期療養中に, その他の傷病により一過性の療養を受けた場合は控除の対象ではありません。