

学生番号			4				氏 名	
------	--	--	---	--	--	--	-----	--

※ この枠内は，証明を依頼する方が記入してください。

患者の氏名	
住 所	
免除申請者との続柄	

【医療機関及び医師の方へ】

岡山大学へ授業料免除を申請するために必要ですので，下記診断書を作成願います。
不明な点は，岡山大学学務部学生支援課免除担当（TEL086-251-7211）までお問い合わせ願います。

診 断 書

患 者 の 氏 名	
生 年 月 日	(大 正 ・ 昭 和 ・ 平 成) 年 月 日
傷 病 名	
上 記 傷 病 による 治 療 期 間	_____年_____月_____日から 現在治療中で、 今後_____か月程度治療を要する見込みである。
附 記 上記の傷病名での， <u>他の医療機関の通院歴や転院歴等</u> がある場合記入してください。	

上記のとおり診断します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療法人等名 _____

所 在 地 _____
(TEL _____)

医 師 _____印

学生番号			4				氏 名	
------	--	--	---	--	--	--	-----	--

療養費等内訳表

療養者氏名	続柄（ ）
療養期間	平成 年 月 日 ～ 現在

療養費内訳（単位：円）

診療月 介護サービス利用月	①医 療 費 (自己負担金額)	②介護サービス (自己負担金額)	③補填される金額 〔高額療養介護費・ 家族療養費付加金等〕	控除対象医療費 ①+②-③
月分				
月分				
月分				
月分				
月分				
月分				
月分				
月分				
月分				
月分				
月分				
月分				
合 計				

(注意)

- ① 上記に記入して領収書(写)を添付してください。診断内容に関係のない領収書は控除の対象になりませんので、注意してください。請求書や保険者からの「医療費のお知らせ」等は領収書の代わりとはしません。

② 対象は、申請時現在療養中で 6 か月以上の療養期間を要する場合に、免除申請基準日から遡及して 1 年間分です。
前期申請：H25. 4 ～ H26.3 診療分
後期申請：H25.10 ～ H26.9 診療分

③ 各月毎の医療費が 80,100 円を超えた場合は、高額療養費として健康保険等へ請求されたものとして取り扱います。
非課税対象世帯については、80,100 円を 35,400 円と読み替えます。

④ 健康保険等から補填される金額を③に記入し、金額のわかるもの(振込通知・規程など)を添付してください。
- ⑤ 控除の対象になる費目は次のとおりです。
ア 医師又は歯科医師への診療・治療費(保険適用分のみ)
イ 病院、診療所への入院費用(保険適用分のみ。ただし食事療養費は除きます。)
ウ マッサージ師、はり師、きゅう師、柔道整復師などの治療費
エ 看護人に対して支払う費用(看護人に対する賄い費を含む。)
オ 治療又は療養のための医薬品費(保険適用分のみ)
カ 病院、診療所に通院するための交通費(必要不可欠と認められるものに限る。)
キ 介護保険法により「要介護認定・要支援認定」を受けた方がサービスを利用した場合の自己負担額(食事代等は除きます。)

⑥ 領収書(写)は、ひと月ごとにA4判用紙に貼付し、合計金額を記入してください。