

岡山大学免除申請者(申請者本人)

学生番号						氏名	
------	--	--	--	--	--	----	--

_____年 _____月 _____日

(記入にあたっては、次ページ(裏面)を参照してください)

療 養 費 証 明 書

療養者氏名		診療期間		※ 通院・入院		年 月から 月 日・週 回数程度来院		
傷病名		健康保険の種類		※ 国保・社会保険・老人保険・その他()				
区分	↓ 診療機関の方は証明した項目に○をつけてください。			④ その他(調剤薬局等)	⑤ 補填金額 (高額療養費・高額介護サービス費)		自己負担額合計 ((①+②+③+④)-⑤)	
	①入院	②外来	③介護サービス (自己負担分)		診療機関記入欄	本人記入欄 (領収書添付必要)		診療機関記入欄
支払った月	※食費、個室料、予防注射料、文書料は除いて記入願います。 (本人が記入する場合は、診断書【様式10-①】(本紙)、領収書等の添付が必要です。			診療機関記入欄	本人記入欄 (領収書添付必要)	診療機関記入欄	本人記入欄 (振込通知書(写)の添付必要)	自己負担額合計 ((①+②+③+④)-⑤)
2021年 10月								
2021年 11月								
2021年 12月								
2022年 1月								
2022年 2月								
2022年 3月								
2022年 4月								
2022年 5月								
2022年 6月								
2022年 7月								
2022年 8月								
2022年 9月								
合計金額	円	円	円	円	円	円	円	円

上記傷病に係る療養費の金額と、当該療養者が6か月以上療養しているか
又は6か月以上の療養を必要とすることについて、証明します。

_____年 _____月 _____日 診療機関・施設、調剤薬局等名

※ 調剤薬局に依頼するときは、必ず、医師の証明のある傷病等の分についてのみ証明を受けてください。

住所

※ 介護サービスについては、介護保険被保険者証(写)と、請求内訳が記載された領収書(写)を、併せて提出してください。

医師名等

印

<この様式は、2枚目(裏面)があります。必ず、確認してください。>

療養費証明書(様式10)記入要領及び注意事項

○「長期療養者」の区分で特別控除を受ける場合は提出してください。

※「長期療養者」の区分で特別控除を受ける場合は、前後半期授業料免除一括申請の対象となりません。

- 申請時現在において、6ヶ月以上の長期療養中の方、医師の診断書等により療養が必要であると判断された方又は介護保険被保険証にて介護等が必要とされた方が対象となります。
- 算入する療養費は、免除申請基準日(令和4年10月1日)から遡及して1年以内(申請前12か月)に支払ったものが対象です。
- 病院・施設・薬局等に願い出て、記入してもらい、証明を受けてください。証明を受けた場合は、医療費に関して診断書・領収書の提出は不要です。
- 介護サービスに係る分については、この様式で施設等から証明を受けた場合でも、介護保険被保険者証(写)と、請求内容の内訳が記載された領収書(写)が必要です。
- 証明を受けられなかった場合、自身で療養費証明書に記入してください。その場合は、「診断書」(様式10-①)又は要介護認定通知書(写)等と「算出の元になった領収書」(写)を取りまとめて、提出してください。
- 自身で作成する場合は「診療機関記入欄」に記入しないよう注意してください。また、診療機関が証明する場合は、本人記載欄は記載しないでください。記入がある場合、本紙は無効となります。
- 自身で作成する場合は、領収書(写)は、最近1年以内のもので、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。領収書は確認しやすいように月ごとに並べてください。
 - ※ 月ごとに並んでいないもの、算出表に金額の記入のないもの及びA4判になっていないものは対象外とします。
 - ※ 領収書に氏名の書かれていないもの、領収印のないもの、介護サービスについては、料金の内訳の記載のないものも対象外とします。
 - ※ 補填される金額があり、⑤に記入する場合は、払込通知書(写)も添付してください。

○複数の医療機関・薬局を受診している場合は、本紙をコピーし、病気別、病院・調剤薬局別に療養費証明書を作成してください。

○控除の対象となる費目は、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、鍼灸師、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(診療が確認できるもので、保険適用分のみ)
- カ. 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(食事代や、税法上の控除対象とならないもの、用具の貸与費用等は除きます。)

※ 文書料、予防注射料、個室料、差額ベッド料は控除対象になりません。

【診療にあたる診療機関の方へ】

- 太枠内を記入してください。なお、空欄の箇所は斜線を引いてください。
- 月ごとにかかった自己負担額について証明をお願いします。
- 「④その他」欄については、上記の控除対象費目のうち、エ～カについて記入をお願いします。
- 算入する療養費は、免除申請基準日(令和4年10月1日)から遡及して1年以内(申請前12か月以内)に支払った領収書によるものが対象です。

(様式 10-①)

学生番号						氏名	
------	--	--	--	--	--	----	--

※この様式は、**診療機関等から「療養費証明書(様式10)」での証明が受けられなかった場合のみ**使用してください。

※以下の枠内は、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	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 ____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、 <input type="checkbox"/> 今後____か月程度治療を要する見込みである。 <input type="checkbox"/> 今後、永続的な治療が必要と見込まれる。
附 記	上記の傷病名での、他の医療機関の通院歴や転院歴等がある場合記入してください。 画像診断等のための他機関紹介等についても、できるだけ記入してください。

上記のとおり診断します。

____年 ____月 ____日

医療法人等名 _____

所 在 地 _____

(TEL _____)

医 師 _____ (印)