

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	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 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、 <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。

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

長期療養者の医療費等の特別控除を希望する場合は、「家庭状況調書(様式1-②)」の該当欄に必要な事項を記入してください。「家庭状況調書」への記入が無い場合は、控除を適用できない場合があります。

療養者氏名	続柄 ( )
療養期間	平成 年 月 日 ~ 現在
住民税の課税区分	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯

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)	医療費の 自己負担限度額 (注意5参照)	②介護サービス費 (自己負担金額)	介護サービス費の 自己負担限度額 (注意5参照)	控除対象額
月分					
合計					

(注意)

- 上記に記入して領収書(写)を添付してください。診断書の内容に関係のない領収書は控除の対象になりません。  
また、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。
- 領収書(写)は、ひと月ごとにA4サイズの用紙に貼付し、合計金額を記入してください。
- 対象は、申請時現在療養中で6ヶ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。  
前半期分申請: H28.4 ~ H29.3 診療分  
後半期分申請: H28.10 ~ H29.9 診療分  
(介護サービスの利用費用についても同様です)
- 控除の対象になる費目は次のとおりです。
  - 医師又は歯科医師への診療・治療費(保険適用分のみ)
  - 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。)

- マッサージ師、はり師、きゅう師、柔道整復師などの治療費
- 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。)
- 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)
- 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。)
- 各月毎の医療費や介護サービス費等が自己負担限度額を超えた場合は、高額療養費や高額介護サービス費等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ので、各月毎の自己負担限度額を記入してください。

自己負担限度額欄に記入が無い場合

- 以下の金額を月毎の自己負担限度額として計算します。
- 医療費: 44,400円(非課税世帯は24,600円)  
介護サービス費: 37,200円(非課税世帯は24,600円)