

※ 「記入要領」を参照して作成願います。

[様式6]

### 長期療養費支出状況証明書

#### 【学生記入欄】

学部・研究科	学生番号	氏名(申請者)
京都大学		

(入学金免除・入学金徴収猶予・授業料免除)の申請に係る資料として、以下の事項について証明をお願いいたします。

#### 【診療機関記入欄】

診療機関で証明が取れない場合は、裏面の【診療機関で証明が受けられない場合について】を参照してください。

療養者氏名		病名等	
療養期間	初診日： 年 月 *療養終了見込み(いずれかに☑) <input type="checkbox"/> 年 月ごろ <input type="checkbox"/> 未定 (引き続き6ヵ月以上の療養が見込まれる)	健康保険の種類	*該当するものに☑ <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他 ( )

#### 療養費等記入欄 (実績のみ月ごとに集計して記入)

区分 年月	① 入院分	② 外来分	③ 介護サービス (自己負担分)	④ その他	⑤ 補填される金額 (保険・高額療養費等)		差引金額 ①+②+③+④ -⑤
	☆ 本人が記入する場合、①~④は領収書の添付が必要				診療機関記入欄	☆ 本人記入欄 通知書等の 添付が必要	
年/月	/						
/	/						
/	/						
/	/						
/	/						
/	/						
最近1年 4月~3月 又は 10月~9月	/						
/	/						
/	/						
/	/						
/	/						
/	/						
計							

☆ 単位：円  
☆ 食事代・個室料・診断書料は除いて記入願います。

上記疾病に係る療養費について証明いたします。

令和 年 月 日

診療機関名  
住 所  
医 師 名 等



# 長期療養費支出状況証明書〔様式6〕の記入要領

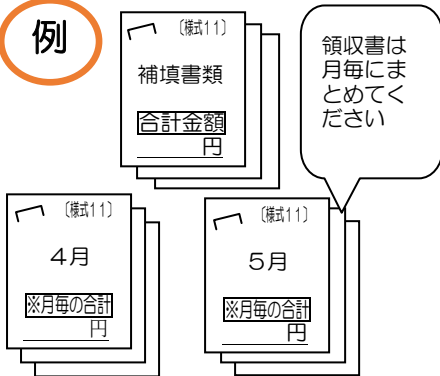
出願時現在で、世帯の構成員の中に 6ヵ月以上の期間療養中の者(又は療養が必要と認められる者)がいる場合、病院・施設等の診療機関に願い出て様式6に証明を受けてください。ただし、補填される金額等、診療機関で証明できない箇所が一部ある場合は、下記の【診療機関で証明が受けられない場合について】のうち該当する書類を様式6に添付してください。

## 【診療機関で様式6に証明が受けられない場合について】

以下の書類をすべて添付し、申請者本人が様式6に記入してください。

- 診断書（6ヵ月以上の療養が必要であることが明記されている最近の日付のもの、コピー可）
- 最近1年以内の領収書（写）（月ごとに〔様式1-1〕各種貼り付け台紙に貼り付けてください。なお、診断内容に関係のない領収書は除いてください。）
- 補填金額が分かる証明書（写）（保険金、高額療養費等の補填される金額がある場合のみ）

例



※ 記入要領を参照して作成願います。

〔様式6〕

## 長期療養費支出状況証明書

### 【学生記入欄】

学部・研究科	学生番号	氏名(申請者)
京都大学 文学部	0100●●1234	京大 三郎

(入学科免除・入学科徴収猶予・授業料免除)の申請に係る資料として、以下の事項について証明をお願いいたします。

### 【診療機関記入欄】

診療機関で証明が取れない場合は、表面の【診療機関で証明が受けられない場合について】を参照してください。

療養者氏名	京大一郎	病名等	●●●●
療養期間	初診日: 平成●●年 7月 *療養終了見込み(いずれかに□) □ 平成 年 月 ころ □ 未定 (引き続き6ヵ月以上の療養が見込まれる)	健康保険の種類	*該当するものに□ <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 老人保健 <input type="checkbox"/> その他( )

☆最近1年以内について記入してください。

前期: 昨年の4月から今年の3月  
もしくは  
後期: 昨年の10月から今年の9月

区分	療養費等記入欄(実績のみ月ごとに集計して記入)				補填される金額(保険・高額療養費等)	差引金額 ①+②+③+④ -⑤
	①入院分	②外来分	③介護サービス(自己負担分)	④その他		
4月	32,000	34,000	22,000	40,000	30,000	32,000
5月	30,000	22,000	32,000	34,000	22,000	34,000
6月	32,000	34,000	22,000	40,000	30,000	22,000
7月	30,000	22,000	32,000	34,000	22,000	40,000
8月	32,000	34,000	22,000	40,000	30,000	22,000
9月	30,000	22,000	32,000	34,000	22,000	40,000
10月	32,000	34,000	22,000	40,000	30,000	22,000
11月	30,000	22,000	32,000	34,000	22,000	40,000
12月	32,000	34,000	22,000	40,000	30,000	22,000
合計	360,000	360,000	220,000	360,000	220,000	360,000

### <対象となる費目>

- ①入院分
  - 病院、診療所への入院費用
- ②外来分
  - 医師又は歯科医師への診療・治療費
  - マッサージ師、はり師、きゅう師、柔道整復師などの治療費(保険適用外のものとは除く)
- ③介護サービス
  - 介護保険法により「要介護認定・要支援認定」を受けた人がそのサービスを利用した場合の自己負担額
  - 看護人に対して支払う費用(看護人に対する賄い費を含みます。)
- ④その他
  - 医師等の指示により、治療又は療養のために支出する医薬品代
  - 病院、診療所へ通院するために支出する交通費(必要不可欠と認められるものに限り。)

※ 食事代、診断書料、個室料は対象外

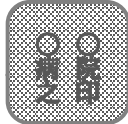
- ⑤保険金、高額療養費等
  - ①～④に対して補填されるもの

※ 個室料・診断書料は除いて記入願います。

疾病に係る療養費について証明いたします。

平成●●年●月●日

診療機関名 ●●●●●病院  
住所 ●●市●●町1  
医師名等 ●●●●



合計金額が10万円以下の場合には長期療養費としての申請はできません(同じ病気で、他の診療機関で証明受けた様式6と合算して10万円を超える場合は申請可能です)。