

※ 「記入要領 及び 注意事項」を参照して作成願います。

〔様式7-1〕

長期療養費 支出状況 証明書

西暦

年

月

日

【学生記入欄】

学部・研究科		学部生・修士・博士前期・博士・博士後期・専門職	
学籍番号		申請者氏名	

(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、記入要領及び注意事項の【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	(続柄:)	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"/> 老人保健 <input type="checkbox"/> その他 ()

療養費等 (自己負担額) 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 (A)	② 外来分 (B)	③ 介護サービス (介護保険一部負担) (C)	④ 医薬品 (D)	⑤ その他 (E~G)	⑥ 補てんされる金額 (保険・高額療養費等)	自己負担額合計 ①+②+③+④+⑤-⑥
		※本人が記入する場合はすべて領収書の添付が必要 ※介護保健サービスに係る分は、診療機関等記入の場合も請求内容の内訳が記載された領収書が必要					※診療機関等記入の場合も振込通知書等の添付が必要
2024年 3月							
2024年 4月							
2024年 5月							
2024年 6月							
2024年 7月							
2024年 8月							
計	円	円	円	円	円	円	円

<対象となる療養費の費目>

- A. 病院、診療所への入院費用 →食事代、おやつ代、文書代、診断書料、洗濯代、差額ベッド代、セカンドオピニオンに係る費用、薬の送料・容器代 は対象外
- B. 医師又は歯科医師への診療・治療費 →矯正歯科に係る代金は対象外
マッサージ師、はり師、きゅう師、柔道整復師などの治療費 (保険適用外の場合は除く)
- C. 介護保健サービス
介護保険法により「要介護3以上の認定」を受けた人がそのサービスを利用した場合の、介護保険サービスの自己負担額が対象です。自己負担サービスは除きます。
(※自己負担サービスの例: 食事代、おやつ代、個室代、老人ホーム等施設の居住費、散髪代等、保険の適用外の費用)
- D. 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
- E. 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。)
- F. 医師が必要と認めた治療用装具代 (入院時のオムツ代を含みます)
- G. 病院、診療所へ通院するために支出する交通費 (診断書により必要不可欠と認められ、領収書があるものに限り。)

※合計が5万円以下の場合
は申請できません。
※記入要領及び注意事項参照

上記疾病に係る療養費及び、6ヶ月以上療養していること、又は6ヶ月以上の療養を必要とすることについて証明いたします。

年 月 日

診療機関名等

住 所

医 師 名 等

印

※調剤薬局に依頼する場合は、必ず医師の証明のある傷病等の分についてののみ証明を受けて下さい。

※介護保健サービスに係る分については、診療機関等記入の場合も請求内容の内訳が記載された領収書が必要です。

※補てんされる金額 (保険・高額療養費等) については、診療機関等記入の場合も振込通知書等の添付が必要です。

長期療養費支出状況証明書（様式7-1）の記入要領及び注意事項

出願時現在で、世帯員の中に6ヵ月以上療養中の者(又は療養が必要と認められる者)がいる場合で、長期療養者のいる世帯として特別控除を希望する場合は、こちらの証明書の提出が必要です。

自己負担額の合計金額が5万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。ただし、同じ病気等で、複数の診療機関等で証明を受けた様式7-1を合算して5万円を超える場合は申請可能です。合算で提出する場合はこの様式を診療機関ごとに提出してください。

病院・施設等の診療機関に願い出て様式7-1に証明を受けてください。証明の日付は申請前3ヶ月以内のものである必要があります。診療機関で証明できない場合は、下記の【診療機関で様式7-1に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7-2又は様式7-3に添付して提出してください。

【注意点】本件は、**多額の療養費**を要する方への配慮を目的に、長期療養にかかる費用を所得から控除するものです。（上限有）。自己負担額が5万円を超えた場合に申請ができますが、診断書等の作成費用等が発生する場合は、その費用等も勘案のうえ、本件様式7-1を提出するかどうかを判断してください。

【診療機関等で様式7-1に証明が受けられない場合について】

※証明を受けられた場合は下記の1. 2は提出不要です。

※介護保健サービスに係る分は、診療機関等が様式7-1を記入した場合も請求内容の内訳が記載された領収書が必要です。

以下の書類をすべて添付し、申請者本人が**様式7-1**に記入の上、提出してください。

1. **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**申請前3ヶ月以内**に発行されたもの）
（以下2.で領収書を提出する機関が複数ある場合は、その機関ごとに必要です）

2. 定められた6ヶ月間の領収書（写）→ **2025年度前期**申請は**2024.3月から2024.8月までの6ヶ月間**に支払ったものが対象です。

- 領収書1枚ずつをA4用紙のサイズにコピーし、診療機関別、月ごとに分け、日付順に並べて一ヶ月分ごとに様式7-2を表紙として添付し、合計金額を記入して下さい。
- 1枚のA4用紙には1つの領収書をコピー。複数の領収書を1枚のA4用紙にまとめないで下さい。
- コピーはA4用紙に片面コピーとしてください。（両面コピーは不可）
- 診断内容に関係のない領収書は除いてください。

※上記、領収書の添付方法について、診療機関別に、月ごと、日付順に並んでいないものや、A4用紙になっていないもの等、定められた方法以外で提出があった場合は対象外とします。不鮮明で読み取りが困難な領収書も対象外とします。

※算出表に金額の記入がないもの、領収書に名前や領収印がないもの、介護保険サービスについては請求内容の内訳がないものは、対象外とします。

3. **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）
領収書と同様に、**様式7-3**にまとめてください。

※補てんされる金額（保険金・高額療養費等）については、診療機関等記入の場合も振込通知書等の添付が必要です。

【証明にあたる診療機関の方へ】

- ・<対象となる療養費の費目>を参照のうえ、月ごとにかかった**自己負担額**について証明をお願いいたします。
- ・『⑤その他』については、<対象となる療養費の費目>のE~G.について記入をお願いします。
- ・算入する療養費は、**2024年3月から2024年8月**までの6ヶ月間に支払った領収書によるものが対象です。（授業料免除申請における、定められた6ヶ月間の領収書(写)として）

長期療養費 領収書 添付台紙

診療機関で証明が受けられない場合は、定められた6ヶ月間（2024年度後期申請は、2024年3月から2024年8月までの6ヶ月間が対象）に支払った領収書をA4用紙にコピーし、この台紙の後にホッチキス留めで添付してください。

添付する領収書のコピーの該当箇所が、一見してわかりづらい場合には、コメントを付したり、名称や金額等をマーカーで強調する等して、分かりやすくなるよう心掛けてください。

診療機関別、月ごとに、日付順で添付してください。一ヶ月分ごとに様式7-2を表紙として添付し、領収書の内訳・合計金額を記入して下さい。必ず『長期療養費支出状況証明書（様式7-1）の記入要領及び注意事項』を熟読し、定められた方法で添付して下さい。定められた方法以外で提出があったものは対象外とします。

学部・研究科	学籍番号	氏名（申請者）
神戸大学 学部・研究科		

療養者氏名	(続柄：)	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"/> 老人保健 <input type="checkbox"/> その他 ()

診療機関等名	
--------	--

【 年 月分 領収書内訳】

領収書日付 (日付順)	領収額 (領収書の記載金額)	対象となる領収額 (左記領収額のうち、長期療養費として対象となる療養費の費目のうち、自己負担額)	支払先名称 (領収書記載の支払先名：複数の支払先が混合しないよう、本様式に記載した診療機関等名と一致することを確認してください)
月 日	円	円	
月 日	円	円	
月 日	円	円	
月 日	円	円	
月 日	円	円	
月 日	円	円	
月 日	円	円	
月 日	円	円	
月 日	円	円	
月 日	円	円	
合計	円	円	

※上記の順序どおりに、領収書（A4用紙にコピー）を、この様式7-2の後にホッチキス留め

長期療養費 補てん費用 添付台紙

保険・高額療養費等、医療費に対し補てんされる金額の通知書を A4用紙にコピーし、月ごとに、日付順で、
ホッチキス留めで添付してください。複数の機関（保険会社等）からの補てんがある場合は、機関ごとに分けて
様式7-3を表紙として提出してください。

必ず『長期療養費支出状況証明書（様式7-1）の記入要領及び注意事項』を熟読し、定められた方法で添付して下さい。

学部・研究科	学籍番号	氏名（申請者）
神戸大学 学部・研究科		

療養者氏名	
補てんの種類	<p>* 該当するものに☑</p> <p><input type="checkbox"/> 生命保険や損害保険の医療保険金</p> <p><input type="checkbox"/> 社会保険や共済の給付金 （協会けんぽや健康保健組合や共済組合等からの給付金）</p> <p><input type="checkbox"/> 医療費を補うために支払いを受ける損害賠償金 （交通事故の相手側から受け取る医療費を補うための保険金等）</p> <p><input type="checkbox"/> その他の互助組織から受ける医療費のための給付金 （会社の互助組織からの見舞金等）</p> <p><input type="checkbox"/> 高額療養費</p> <p><input type="checkbox"/> 高額介護サービス費</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ ）</p>
保険会社等の名称	
その他の名称	

計 円
