

長期療養に関する控除について

1. 対象者

長期療養者とは、令和7年4月1日現在において、**6カ月以上にわたる診療期間中である者**、または**今後6カ月以上にわたり診療が必要と認められる者**をいいます。

介護で申請が可能な方は、要介護度3以上の方のみとします。（申請する場合は、要介護度の確認できる書類のコピーを添付してください。）

※令和7年4月1日現在において診療が終了している方は該当しません。

※この控除の申請を行うには「長期療養者に関する証明書」及び「長期療養者に関する領収証明書」、または「診断書」等が必要です。

※自己負担が0円の場合は書類の提出は不要です。また少額、あるいは保険会社の給付金等の補填額が多い場合は、控除額より証明書等の発行費用のほうが高くなる恐れがありますので、提出を省略することもできます。

2. 控除対象期間

令和6年4月1日～令和7年3月31日 の12ヶ月間

3. 控除対象となる経費

医療保険給付が適用される自己負担分のみ

※高額医療費や生命保険等で補填された金額は除きます。

※文書料（診断書発行料）、入院時の食費、差額ベッド代は除きます。

※介護の場合は、介護保険適用の介護サービスについて、利用限度額内の自己負担額を対象とします。

4. 申請方法

- ・「長期療養者に係る経費明細書」は申請者が記入してください。
- ・「長期療養者に関する証明書（医療機関証明用）」は医療機関に、「P29の「長期療養者に関する領収証明書（薬局証明用）」は薬局に依頼し、証明してもらってください。

※上記の、医療機関及び薬局からの証明書を提出する場合は、医師の診断書及び領収書は不要です。

※証明を必要とする者が2名以上いる場合や、複数の医療機関又は薬局で診療や処方を受けている場合は、必要枚数をコピーして使用してください。

- ・「長期療養者に関する証明書」及び「長期療養者に関する領収証明書」等の証明が得られない場合は、**医師の診断書（本通）と領収書（写）**を提出してください。

※診断書は病名と療養期間（6カ月以上）が明記してあるものが必要です。また、複数の医師等を受診している場合は、全ての診断書を添付してください。

（領収書は必ず月毎に分けて、A4の用紙にまとめて貼り付けてください。）

※領収書のない経費は控除の対象となりません。また、診断書の病名と無関係な領収書の経費は認められません。診断書の病名に対応した領収書のみを添付してください。

長期療養者に係る経費明細書

佐賀大学長 様

令和 年 月 日

学籍番号
氏 名

私の家族の医療費を、下記のとおり支払ったことを申し立てます。

記

(1) 長期療養者の氏名 続柄 ()

(2) 療養期間

診療開始日： 年 月 日
療養終了見込： ☐ 年 月 日ごろ ☐ 未定 (引き続き6ヶ月以上の療養が見込まれる)

(3) 内訳 ※提出時現在で未払いの場合は、見込み金額を記入してください。

区分 年月	支払った金額			補填された金額 (還付金)	自己負担した 金額
	病院代	薬代	計		
令和6年 4 月分	円	円		円	
5 月分	円	円		円	
6 月分	円	円		円	
7 月分	円	円		円	
8 月分	円	円		円	
9 月分	円	円		円	
10月分	円	円		円	
11月分	円	円		円	
12月分	円	円		円	
令和7年 1 月分	円	円		円	
2 月分	円	円		円	
3 月分	円	円		円	
合計	① 円	② 円	③ (①+②) 円	④ 円	⑤ (③-④) 円

- 【注意事項】
- ・病院代及び薬代については、「長期療養者に関する証明書（医療機関証明用）」及び「長期療養者に関する領収証明書（薬局証明用）」の証明金額、又は支払った医療費の領収書をもとに記入してください。
 - ・補填された金額（還付金）とは、高額医療（介護）費、療養付加金、後期高齢者医療払戻金、生命保険金（療養給付金）等の還付された金額をいいます。その金額を「補填された金額（還付金）」欄に記入し、支給通知書等の補填された金額を証明する書類（写）を提出してください。

長期療養者に関する証明書 (医療機関証明用)

各医療機関 様

長期療養者氏名 _____ 続柄 ()

このたび佐賀大学に在籍する（学生氏名）_____の授業料免除申請に際し、
長期療養者の特別控除を受けたいので、診療状況について証明をお願いします。

記

【注意事項】

- ・令和7年4月1日現在において、6カ月以上にわたる診療期間中である者、または今後6カ月以上にわたり診療が必要と認められる者が、長期療養に関する控除の対象です。
- ・令和7年4月1日現在、診療が終了している方は、対象となりません。

(1) 傷病名 _____**(2) 療養期間**

(1)の傷病にかかる初診日：_____年_____月_____日

療養終了見込：□ _____年_____月ごろ □未定（引き続き6ヶ月以上の療養が見込まれる）

(3) 患者負担額

※保険適用分のみ。入院時の食費及び差額ベッド代は除く。

※証明時現在で未払いの場合は、見込金額を記入願います。

令和6年 4 月分	円	10月分	円
5 月分	円	11月分	円
6 月分	円	12月分	円
7 月分	円	令和7年 1 月分	円
8 月分	円	2 月分	円
9 月分	円	3 月分	円
		合 計	円

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

所在地
診療機関名
医師 氏名 _____

長期療養者に関する領収証明書 (薬局証明用)

各薬局 様

長期療養者氏名 _____ ⑩
続柄 ()

このたび佐賀大学に在籍する(学生氏名) _____ の授業料免除申請に際し、
長期療養者の特別控除を受けたいので、領収証明をお願いします。

記

【注意事項】

- ・令和7年4月1日現在において、6カ月以上にわたる診療期間中である者、または今後6カ月以上にわたり診療が必要と認められる者が、長期療養に関する控除の対象です。
- ・令和7年4月1日現在、診療が終了している方は、対象となりません。

(1) 処方開始年月 _____ 年 _____ 月

(2) 患者負担額

※長期療養中の疾患に伴う処方薬のみ。

※保険適用分のみ。

※証明時現在で未払いの場合は、見込金額を記入願います。

令和6年 4 月分	円	10月分	円
5 月分	円	11月分	円
6 月分	円	12月分	円
7 月分	円	令和7年 1 月分	円
8 月分	円	2 月分	円
9 月分	円	3 月分	円
		合 計	円

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

所在地
処方薬局名
証 明 者

⑩