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６年 10 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。

※令和６年 10 月１日現在において診療が終了した方は該当しません。

※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。）

※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。

２．控除対象期間

令和５年 10 月１日～令和６年９月 30 日までの１２か月間

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

P27 の「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。

P28 の「長期療養者に関する証明書」は医療機関に、P29 の「長期療養者に関する領収証明書」は薬局に証明してもらってください。

なお、P28 及び P29 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」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付けてください。**）

※　領収書のない経費は控除の対象として認められません。また、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。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。

長期療養者に係る経費明細書

令和　　年　　月　　日

佐 賀 大 学 長　　様

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．長期療養者氏名　　続柄（　　）

２．診療開始年月　　昭和・平成・令和　　年　　月

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５年10月分	円	円		円	
11月分	円	円		円	
12月分	円	円		円	
令和６年　１月分	円	円		円	
２月分	円	円		円	
３月分	円	円		円	
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	
合　計	①　円	②　円	③（①＋②）円	④　円	⑤（③－④）円

（注）１　病院代及び薬代については、「長期療養者に関する証明書（P28）」及び「長期療養者に関する領収証明書（P29）」の証明金額、又は支払った医療費の領収書により記入してください。

２　補填された金額（還付金）とは療養付加金、高額医療払戻金、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

１．傷病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２．診療開始年月　　昭和・平成・令和　　年　　月

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　5年10月	円	令和　6年　4月	円
令和　5年11月	円	令和　6年　5月	円
令和　5年12月	円	令和　6年　6月	円
令和　6年　1月	円	令和　6年　7月	円
令和　6年　2月	円	令和　6年　8月	円
令和　6年　3月	円	令和　6年　9月	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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

※長期療養者とは、令和6年10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対象となります。

※令和6年10月1日現在において診療が終了した方は該当しません。

長期療養者に関する領収証明書

（薬局証明用）

各　薬　局　　様

氏　　名　　㊞

続柄（　　）

このたび佐賀大学に在籍する（学生氏名）＿＿＿＿＿＿＿　の授業免除申請に際し、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。

（但し、長期療養中の疾患に伴う処方薬のみ）

記

（１）処方開始年月　　昭和・平成・令和　　年　　月

（２）患者負担額（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　5年10月	円	令和　6年　4月	円
令和　5年11月	円	令和　6年　5月	円
令和　5年12月	円	令和　6年　6月	円
令和　6年　1月	円	令和　6年　7月	円
令和　6年　2月	円	令和　6年　8月	円
令和　6年　3月	円	令和　6年　9月	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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

※長期療養者とは、令和6年10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対象となります。

※令和6年10月1日現在において診療が終了した方は該当しません。