

# 長期療養証明書

年 月 日

各診療機関 殿

申請者 大分大学 \_\_\_\_\_ 年度入学  
(学生) \_\_\_\_\_ 学部 \_\_\_\_\_ 学科・課程 \_\_\_\_\_ 年  
\_\_\_\_\_ 研究科 \_\_\_\_\_ 専攻 \_\_\_\_\_ 年  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

療養者氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
住 所 \_\_\_\_\_  
申請者との続柄 \_\_\_\_\_

奨学金の申請に際し、私の診療状況を証明くださるようお願いいたします。

## 記

- (1) 病 名 \_\_\_\_\_  
(2) 診療開始日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_  
(3) 診療見込期間 今後 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ カ月程度  
(4) 保険証の種類 \_\_\_\_\_  
(5) 治療に要した費用（証明時現在支払済みの場合はその金額を、それ以外の場合は見込金額を記入してください。）自己負担額

年 月 _____ 円	年 月 (見込) _____ 円
年 月 _____ 円	年 月 (見込) _____ 円
年 月 _____ 円	年 月 (見込) _____ 円
年 月 _____ 円	年 月 (見込) _____ 円
年 月 _____ 円	年 月 (見込) _____ 円

上記のとおり証明します。

年 月 日

所 在 地 \_\_\_\_\_  
医療機関名 \_\_\_\_\_  
医 師 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

(担当医 殿)

現在6ヶ月以上の期間にわたって療養中の場合、また、6ヶ月以上の期間にわたって療養が必要と認められる場合は、長期療養者として療養費の控除ができるようになっております。なお、不明な点がありましたら、学生支援部学生支援課（097-554-7469/7453）にお問い合わせください。