

大阪大学免除申請者（申請者本人）

様式9

受付番号		学籍番号								氏 名
------	--	------	--	--	--	--	--	--	--	-----

（記入にあたっては裏面を参照してください。）

療 養 費 証 明 書

年 月 日

療養者氏名				診療期間	※ 通院・入院 年 月から か月目・週 回程度来院			
傷 病 名				健康保険の種類	※ 国保・社会保険・老人保険・その他（ ）			
区分	↓診療機関の方は証明した項目に○をつけてください。					⑤補填金額 （高額療養費・高額介護サービス費）		自己負担額合計 （①+②+③+④）-⑤
	①入院	②外来	③介護サービス （自己負担分）	④その他				
支払った月	※個室料・予防注射料・文書料は除いて記入願います。 （本人が記入する場合は、診断書、領収書（写）の添付が必要です。）			診療機関記入欄	本人記入欄 （領収書添付必要）	診療機関記入欄	本人記入欄 （振込通知書（写）の 添付が必要です。）	
2021年 10月								
2021年 11月								
2021年 12月								
2022年 1月								
2022年 2月								
2022年 3月								
2022年 4月								
2022年 5月								
2022年 6月								
2022年 7月								
2022年 8月								
2022年 9月								
合計金額	円	円	円	円	円	円	円	円

上記傷病に係る、療養費及び、6か月以上療養していること、
又は6か月以上の療養を必要とすることについて証明します。

年 月 日 診療機関名

※調剤薬局に依頼するときは、必ず医師の証明のある傷病等の分についてのみ証明を受けてください。

住所

※介護サービスに係る分については、請求内容の内訳が記載された領収書（写）が必要です。

医師名等

印

<この様式は、2枚目（裏面）があります。必ず併せて確認してください。>

療 養 費 証 明 書(様式9)記 入 要 領 及 び 注 意 事 項

- 「長期療養者のいる世帯」の特別控除を受ける場合は提出してください。
- 申請時現在において、6か月以上の長期療養中の方、医師の診断書等により療養が必要であると診断された方又は介護保険被保険者証にて介護等が必要とされた方が対象となります。
- 算入する療養費は、申請前12か月以内に支払った分が対象です。
- 病院・施設等に願ひ出て記入してもらい、証明を受けてください。証明を受けた場合は医療費に関して診断書・領収書の提出は不要です。
介護サービスに係る分については、この用紙で施設等に証明を受けた場合でも、介護保険被保険者証(写)と請求内容の内訳が記載された領収書(写)が必要です。
- 証明を受けられなかった場合、自身で療養費証明書に記入してください。提出の際は、「6か月以上療養していること、又は6か月以上の療養を必要とすることが明記された診断書(原本)」と「算出の元となった領収書(写)」を併せて提出してください。
提出のないものについては無効です。
- 自身で証明する場合は「診療機関記入欄」に記入しないよう、注意してください。また、診療機関が証明する場合は、本人記入欄は記載しないでください。記入がある場合、本紙は無効となります。
- 自身で作成する場合は、領収書(写)は最近1年以内のもので、月ごとにA4判用紙に貼付し、合計金額を記入してください。
領収書は確認しやすいように月ごとに並べてください。
※月ごとに並んでいないもの、算出表に金額の記入がないもの及びA4判になっていないものは対象外とします。
※領収書に氏名の書かれていないもの、領収印のないもの、介護サービスについては料金の内訳の記載がないものも対象外とします。
※補填される金額があり、⑤に記入する場合は、振込通知書(写)も添付してください。
- 複数の医療機関を受診されている場合は、本紙をコピーし、病気別、病院別に療養費証明書を作成してください。
- 控除の対象となる費目は次のとおりです。
 - ア. 医師又は歯科医師への診療・治療費
 - イ. 病院、診療所への入院費用
 - ウ. マッサージ師、鍼灸師、柔道整復師などの治療費
 - エ. 看護人に対して支払う費用(看護人に対する賄い費を含む)
 - オ. 治療又は療養のための医薬品費(おむつ代は医師が必要と証明したものに限ります。併せて「おむつ使用証明書」(写)を添付してください。)
 - カ. 病院、診療所に通院するための交通費(診断書等により必要不可欠と認められたものに限る)
 - キ. 介護保険法により「要介護認定・要支援認定」を受けたものがサービスを利用した場合の自己負担額
 - ク. 医師が必要と認めた治療用装具代

※文書料、予防注射料、個室料、差額ベッド代、医師により必要であることが証明されていないおむつ代は控除対象になりません。

(証明にあたる診療機関の方へ)

- 太枠内を記入してください。なお、空欄の箇所は斜線を引いてください。
- 月ごとにかかった自己負担額について証明をお願いします。
- 「④その他」欄については、上記の控除対象費目のうちエ〜クについて記入をお願いします。
- 算入する療養費は、申請前12か月以内に支払った分の領収書によるものが対象です。