

大阪大学免除申請者(申請者本人)

申請者氏名		学籍番号							
-------	--	------	--	--	--	--	--	--	--

療養費証明書

療養者氏名				※ ・現時点で6カ月以上治療を継続している ・今後6カ月以上の治療を要する			
傷病名				公費医療証	健康保険以外の医療費助成を受けている場合、制度名を記入してください		
区分	①入院	②外来	③その他	④介護サービス (自己負担分)	⑤補填金額 (高額療養費・高額介護サービス費等)	自己負担合計 (①+②+③+④)-⑤	
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(原本)と領収書(写)の添付が必要です。)			領収書(写)の 添付が必要です。	本人記入の場合 振込通知書(写)の 添付が必要です。		
2024年 4月	円	円	円	円	円	円	
2024年 5月	円	円	円	円	円	円	
2024年 6月	円	円	円	円	円	円	
2024年 7月	円	円	円	円	円	円	
2024年 8月	円	円	円	円	円	円	
2024年 9月	円	円	円	円	円	円	
2024年 10月	円	円	円	円	円	円	
2024年 11月	円	円	円	円	円	円	
2024年 12月	円	円	円	円	円	円	
2025年 1月	円	円	円	円	円	円	
2025年 2月	円	円	円	円	円	円	
2025年 3月	円	円	円	円	円	円	
合計	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

所在地

診療機関名

担当者名等

印

- ◆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。
◆介護サービスのかかる分については、請求内容の内訳が記載された領収書(写)が必要です

<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6か月以上の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・施設等に願い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。
- 健康保険(国民健康保険・協会けんぽ・健康保険組合・後期高齢者医療保険)以外の医療費助成(障害者医療・ひとり親医療証・指定難病・自立支援医療など)を受けている場合は、それらの医療証等の写しを提出してください。
- 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処方箋医薬品費(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)

- 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。