長　期　療　養　者　控　除　申　立　書

年　　月　　日

北海道公立大学法人
　札幌医科大学理事長　様

学籍番号（　　）
氏名　　印

下記のとおり相違ないことを申し立てます。

記

１．長期療養者　　氏名　　（申請者との続柄）
２．傷　病　名
３．診療期間
　初　診　日　　年　　月　　日
　終了予定日　　年　　月　　日
４．内　　訳
　経常的に支出する費用等の最近６ヶ月分の支払い等の状況を下記に記入してください。

	①医療費 自己負担金		②補填される金額 高額療養費		免除対象医療費
月	外来分	入院分	外来分	入院分	①－②
月分	円	円	円	円	円
月分	円	円	円	円	円
月分	円	円	円	円	円
月分	円	円	円	円	円
月分	円	円	円	円	円
月分	円	円	円	円	円
合　計	円	円	円	円	円

（注）

・長期療養者とは、出願時現在、６ヶ月以上にわたる期間療養中の方、又は６ヶ月以上の療養が見込まれる方です。

・入院時の食費代、差額ベッド代、文書代は、医療費に含みません。

・出願時に退院している場合は、入院費は含みません。

・健康保険等から高額療養医療費として払い戻された金額がある場合は、②に記入して下さい。

○添付書類　（提出の無い場合は控除の対象となりません。）

１．　直近６ヶ月分の支払領収書のコピー（月ごとにまとめる）。　※療養者の氏名が記載されているもの。

２．　高額療養費として健康保険やその他保険金などで補填された場合、その書類のコピー。