

学生番号

氏名

長期療養者に係る計算表

療養者氏名

(続柄)

日付 (月日)	金 額	日付 (月日)	金 額
(例) 4/8	4,500円		
(合計)		(合計)	

高額療養費制度を利用していますか はい いいえ

「はい」の場合 1 か月あたりの自己負担限度額 _____ 円

「限度額適用認定証」等の 1 か月あたりの自己負担限度額が分かる書類のコピーを提出してください。

- 注 1. 最近3か月分の療養費に限ります（介護施設の入所等及び慢性的な疾病は長期療養に含みません）。
 2. 該当する領収書を日付順にA4用紙に貼付してください（コピー可）。
 3. 長期療養に係る食費、病衣費及び診断書の費用は、含みません。