

学生番号							氏名	
------	--	--	--	--	--	--	----	--

## 医療費等支払明細書

西暦 年 月 日

### 1. 総括表

受診した者の氏名	
<hr/>	
健康保険の種類	
<hr/>	
診療期間	外来：西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日
	入院：西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日

申請者  
との続柄

### 2. 医療費内訳（申請月から順に遡って1年分を記入）

	①医療費（自己負担金額のみ）（注1）			②補填される 金額（注2） (高額療養費等)	控除対象医療費 (①-②)
	外来分	入院分	薬代（薬局分）		
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
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1）以下は、控除の対象となりませんので注意してください。

文書料（診断書発行料）、入院時の食費、差額ベッド代などの医療保険給付適用外（自費分）の支払額、診断の病名に関係のない（関係が明らかでない）領収書

（注2）②補填される金額には、療養付加金、高額医療費払戻金、生命保険（療養給付金）等の還付された金額を記入し、支給決定通知書等の補填された金額のわかる書類のコピーを添付してください。

※ 高額療養費は、社会保険等へ請求されたものとして取り扱います。

#### ＜提出にあたって＞

1. 1か月以内に発行の診断書（「病名」、「申請時現在において6か月以上にわたり療養中、又は6か月以上の療養を要する旨」及び「現在の状況」を明記したもの）及び領収書の写等を必ず添付してください。

2. 領収書の写は、病院（薬局）ごとにまとめて、台紙（様式10・11[別紙]）等A4サイズの用紙に貼付するか、A4サイズにコピーするなどして、確認しやすいように提出してください。