

学 籍 番 号	氏 名

長期療養者の医療費控除金額内訳書

1. 長期療養者 氏 名 _____(申請者との続柄)_____

2. 傷 病 名 _____

3. 内 訳 ※診断書(写)を必ず添付し、以下の表に記入してください。

対象期間：2024年1月～2024年12月分 の各月の金額を記入

領収月	①医療費 自己負担額	②補てんされる金額 (高額療養費)	領収月	①医療費 自己負担額	②補てんされる金額 (高額療養費)
1月分	円	円	7月分	円	円
2月分	円	円	8月分	円	円
3月分	円	円	9月分	円	円
4月分	円	円	10月分	円	円
5月分	円	円	11月分	円	円
6月分	円	円	12月分	円	円
① 医療費自己負担額 (合計)			①	円	
② 補てんされる金額 (2024年受給の高額療養費等の合計)			②	円	
③ 控除対象医療費 (①-②) (合計)			③	円	

【注意事項】

- ・長期療養者とは6か月以上にわたる療養が必要と認められた者です。
- ・①には入院時の食事代、差額ベッド代、文書料、病衣料等は含みません。
(入院をしない場合でも日ごろの生活において常に支出が見込まれる費用であるため。)
- ・領収書の写し(療養者の氏名が記載されているもの)をA4判白紙に貼り付けて提出してください。
- ・金額は領収月で把握してください。
(例) 11月30日が診療日、12月3日が領収日の場合は12月分に計上してください。
- ・②には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を記入してください。
該当する書類の写しをA4判白紙に貼り付けて提出してください。
該当者が複数いる場合はコピーして記入してください。