

長期療養費計算書

申込者の
氏名 _____

対象者の
氏名 _____

申込者と
の続柄 _____

年 月 から現在まで長期的に療養しています。支出した費用は、以下のとおりです。

年 月	医療機関（病院、介護施設）等の保険分一部負担額	薬局の調剤費	その他
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
計	円	円	円
年間（推定）額	円		

医療費の還付金額 _____ 円

← 高額医療費、個人医療保険等の還付金がある場合に記入してください。

年間（推定）額 - 医療費の還付金額
= [長期療養費控除額] _____ 万円

← 万円未満を切り上げて記入してください。
(例) 86,015円 → 9万円

※直近6か月分（長期療養が見込まれるが、療養開始から6か月経過していない時は、申込時点の分まで）の領収書のコピーを添付してください（長期療養を受けている者の氏名の記載のない領収書は不可）。

※光熱費、差額ベッド代、食費、老人ホームの入所費、食事療養費、保険適用外の文書料等は除きます。

※提出された書類は返却できません。後日、医療費控除の申請等で原本が必要となる可能性がある書類は、必ずコピーを提出してください。

※申込時点で療養を終えている人は、控除の対象となりません。