

個室・上級室証明書

(記載例)

			認定番号	2018 - 0000
被災職員	氏名	土佐 太郎	生年月日	昭和53年4月10日
	傷病名	0000		
入院期間		平成30年〇月〇日から平成30年〇月〇日まで 〇日間		
個室・上級室の必要期間		平成30年〇月〇日から平成30年〇月〇日まで 〇日間		
明細		<input checked="" type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 上級室 (人 部屋) 1日当たり室料差額 0000 円		
個室・上級室を必要とした理由 (具体的に書いてください)		手術後は、他の患者から隔離して、安静加療が必要であったため。		
上記のとおり証明します。 <div style="text-align: right;">平成 30 年 〇 月 〇 日</div> 所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地 医療機関の名称 〇〇病院 医師名 〇〇〇〇 <div style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; margin-top: 10px;">印 ㊞</div>				

注 個室・上級室代を請求する場合に、療養補償請求書に添えてください。