

個室・上級室証明書

所 属	〇〇総合支庁〇〇部〇〇課	認定番号	329-01009		
氏 名	松波 太郎	傷病名	外傷性くも膜下出血		
入院期間	平成29年7月3日 ~ 平成29年7月21日				19日間
個室等の必要期間	平成29年7月3日 ~ 平成29年7月5日				3日間
個室・上級室を必要とする理由 (具体的に記入のこと)	例1) 緊急に入院し、手術が必要であり、術後管理のため。				
	例2) 普通室が7月3日から7月5日まで満床であったため。7月5日夕方より、普通室が空いたので移動した。				
	普通室が満床のため、やむを得ず個室を使用した場合の個室料金は、普通室が使用可能になるまでの期間のみ補償対象となります。				
等級別病室明細	呼称(例)特別室・〇〇個室	上級室			普通室
	上記室の収容人数	2人			(人部屋)
	1日あたりの室料差額	5,000 円	円	円	円
備 考					
<p>上記のとおり、相違ないことを証明します。</p> <p>地方公務員災害補償基金山形県支部長 殿</p> <p>平成29年8月1日</p> <p style="text-align: right;">所在地 〇〇市〇〇町四丁目3-2</p> <p>医療機関 名称 〇〇市立病院</p> <p>担当医師氏名 天童 一郎 印</p> <p>電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇</p>					