

上級室・個室等証明書

所 属	〇 〇 市 〇 〇 課	認定番号	〇 〇 - 〇 〇 〇 〇		
氏 名	栴 木 太 郎	傷 病 名	〇〇骨折〇〇部切創		
入 院 期 間	〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで				10日間
上級室・個室等 を必要とした期間	〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで				2日間
上級室・個室等 を必要とした理 由（具体的に記 載して下さい）	病状が重く、ギブス固定をしているため用便等を考慮して個室使用が 適当と認められる。				
等級別病室明細	呼称 例 (特別室、個室)	個 室			普通室 (人部屋)
	収 容 定 員	1 人			
	1日当り室料差額	1,800円	円	円	円
備 考					
上記のとおり相違ないことを証明します。 <div style="text-align: center; color: red; margin-bottom: 20px;">〇〇年〇〇月〇〇日</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;">医療機関の</div> <div style="width: 40%; text-align: center;"> 所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地 名 称 医療法人 〇〇会 〇〇病院 担当医師 医師 〇 〇 〇 〇 </div> <div style="width: 30%;"></div> </div>					