上級室・個室等証明書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所　　　　　属 |  | | 認定番号 |  | | | | | |  |
|  | |  | |  | |
|  | | | | | |
| 氏　　　　　名 |  | | 傷病名 |  | | | | | |
| 入　院　期　間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで | | | | | | 日間 | | |
| 上級室・個室等　を必要とした期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで | | | | | | 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） |  | | | | | | | | |
| 等級別病室明細 | 呼称　例　　　　（特別室、個室） |  |  | |  | | | | 普通室　　　　（　　人部屋） |
| 収容定員 |  |  | |  | | | |  |
| １日当り室料差額 | 円 | 円 | | 円 | | | | 円 |
| 備　　　　　考 |  | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  所在地    医療機関の  名　称    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 担当医師 | | | | | | | | | |