

個 室 ・ 上 級 室 証 明 書

		認 定 番 号	～
所 属			
氏 名			
入 院 期 間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで	日間	
個室・上級室を必要とした期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで	日間	
個室・上級室を必要とした理由 (具体的に記載してください。)			
等級別病室詳細	差額室の種別	個 室	上 級 室
	該当項目に○印を付けてください。		(人部屋)
	1 日当たりの 室料差額料金	円	円
備 考			
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 医療機関の { 所 在 地 名 称 担 当 医 師 印			

注 補償上限額は 1 0 , 0 0 0 円／日 (甲地区、個室の場合) です。