

記載例 19

都支部様式第 46 号

個室・上級室証明書

認定番号

〇〇〇〇～〇〇〇〇

所 属	東京都〇〇局〇〇部		
氏 名	新宿 太郎		
入 院 期 間	平成 29 年 7 月 5 日から平成 29 年 7 月 23 日まで	19 日間	
個室・上級室を 必要とした期間	平成 29 年 7 月 5 日から平成 29 年 7 月 7 日まで	3 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。)	緊急に入院し、手術が必要であり、術後管理のため及び普通室が満床であったため。		
等級別病室明細	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。		○ (2 人部屋)
	1 日当たりの 室料差額料金	円	5,000 円
備 考			

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 29 年 8 月 1 日

医療機関の { 所在地 千代田区永田町〇-〇
 名 称 関東整形外科病院
 担当医師 関 東 次 郎



※ 補償上限額は 10,000 円/日 (甲地区、個室の場合) です。