|  |  |
| --- | --- |
| 個 室 ・ 上 級 室 証 明 書 |  |
| 認 定 番 号 | ～ |
| 所　　　　　属 |  |
| 氏　　　　　名 |  |
| 入　院　期　間 | 　　 年　　 月　　 日から　　　　 年　　 月　　 日まで | 日間 |
| 個室・上級室を必要とした期間 | 　　 年　　 月　　 日から　　　　 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 | 　差額室の種別該当項目に○印を付けてください。 | 個　　　　　　室 | 上　　　級　　　室 |
|  | （　　　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。　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　 所在地　　　　　　　　　　　　医療機関の　 　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 担当医師　　　　　　　　 　　　　　㊞　　 |

都支部様式第４６号

注　補償上限額は１０，０００円／日（甲地区、個室の場合）です。