|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。