

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
	1日当たりの 室料差額料金	円	円
			(人部屋)
備 考			

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

医療機関の { 所在地
 { 名称
 { 担当医師

㊞

注 補償上限額は10,000円/日(甲地区、個室の場合)です。