

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			
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</div> <div style="text-align: left;"> <p>所在地</p> <p>名 称</p> <p>担当医師</p> </div> </div>			

注 補償上限額は10,000円/日(甲地区、個室の場合)です。