

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	令和 5 年 7 月 5 日から令和 5 年 7 月 23 日まで	19 日間	
個室・上級室を必要とした期間	令和 5 年 7 月 5 日から令和 5 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			
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>令和 5 年 8 月 1 日</p> <p>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</p> <p style="text-align: right;">(自署又は押印)</p>			

注 補償上限額は11,000円/日(甲地区、個室の場合)です。(令和4年4月現在)