

# 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	個 室	上 級 室
	該当項目に○印を付けてください。		( 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>年 月 日</p> <p>医療機関の { 所在地                   { 名 称                   { 担当医師</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)