

上 級 室 等 使 用 証 明 書

		認定番号	
所属団体名			所属名
被災職員氏名			令和 年 月 日
傷病名			
入院期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間
上級室等を必要とした期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間
上級室等を必要とした理由 (○印をつけてください。)	ア 療養上、他の患者から隔離しなければ適切な診療を行うことができなかった。 イ 傷病の状態から隔離しなければ他の患者の療養を著しく妨げるおそれがあった。 ウ 普通室が満床であり、かつ緊急入院療養させる必要があった。 エ その他(具体的に記入してください。) <div style="font-size: 4em; margin: 0 auto;">}</div>		
呼 称 (上級室、個室等)	収 容 定 員	人	1日当たりの 室 料 差 額
円			
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 医療機関の <div style="font-size: 3em; margin: 0 10px;">{</div> <div style="margin-left: 10px;"> 所在地 名 称 担当医師 </div> </div>			

[注意事項] 上級室等とは差額室料を必要とする部屋のことをいいます。