**上級室・個室等証明書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属 |  | | | 認定番号 | |  | | | | | |
| 氏名 |  | | | 傷病名 | |  | | | | | |
| 入院期間 | 年　　月　　日から | | | 年　　月　　日まで | | | | |  | 日間 | |
| 個室等を必要とした期間 | 年　　月　　日から | | | 年　　月　　日まで | | | | |  | 日間 | |
| 上級室、個室等を必要とした理由（具体的に記載してください。） |  | | | | | | | | | | |
| 等級別病室明細 | 呼称　例  （特別室、個室） |  | |  | | |  | 普通室  （　　人部屋） | | | |
| 収容定員 |  | |  | | |  |  | | | |
| １日当たりの  室料差額 | 円 | | 円 | | | 円 | 円 | | | |
| 備考 |  | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。  　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 病院又は  診療所の | | | 所在地 | |  | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | |
| 担当医師 | |  | | | | | |  |