

上級室・個室等証明書

所 属	〇 〇 市 〇 〇 課		認定番号	〇 〇 - 〇 〇 〇 〇	
氏 名	栃 木 太 郎		傷 病 名	〇〇骨折〇〇部切創	
入 院 期 間	〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで				1 0 日間
上級室・個室等 を必要とした期間	〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで				2 日間
上級室・個室等 を必要とした理 由（具体的に記 載して下さい）	病状が重く、ギブス固定をしているため用便等を考慮して個室使用が 適当と認められる。				
等級別病室明細	呼称 例 (特別室、個室)	個 室			普通室 (人部屋)
	収 容 定 員	人 1			
	1 日 当 り 室 料 差 額	1, 8 0 0 円	円	円	円
備 考					
上記のとおり相違ないことを証明します。 〇〇年〇〇月〇〇日 医療機関の 所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地 名 称 医療法人 〇〇会 〇〇病院 担当医師 医師 〇 〇 〇 〇					