支部様式２－４

個室・上級室使用証明書

認定番号	－

被災職員氏名					
認定傷病名					
医師の証明	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理由	□　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ため。 □　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ため。 □　普通室が満床であり、かつ、緊急に入院療養させる必要があったため。 □　その他特別な事情があったため。 該当するものにレ印を付けて、その詳細を具体的に記載してください。 （　　）			
	個室・上級室の室料差額	必要使用期間	年　月　日～　年　月　日		年　月　日～　年　月　日
		使用日数	日		日
		収容室の呼称			
		収容定員			
		室料差額	１日当たり　円		１日当たり　円
		室料差額合計	円		円
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年　月　日 所在地 医療機関の名称 担当医師名 地方公務員災害補償基金新潟県支部長　様				

（注）年月日の記載には元号を用いてください。

（R３．１改正）