支部様式２－５

看　護　証　明　書

認定番号	－

被災職員氏名			
認定傷病名			
医師の証明	付添看護の区分	□看護師　□准看護師　□付添婦　□家族（被災職員との続柄　　）	
	入院期間	年　月　日から　年　月　日まで	日間
	付添看護を必要とした期間	年　月　日から　年　月　日まで	日間
	基準看護の有無	□　有　　□　無	
	付添看護を必要とした理由	□　病状が重篤であって、絶対安静を必要とし、看護師等が常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要があったため。 □　病状は必ずしも重篤ではないが、手術等により比較的長時間にわたり、看護師等が常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要があったため。 □　その他体位変換または床上起座が常時不可または不能であるもの、食事及び用便について常時介助を必要とするもの等で看護師等の看護が特に必要であったため。 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。 （	
	付添が家族の場合、看護師等が得られなかった理由		
	基準看護が実施されている病院で更に付添看護を必要とする場合は、その理由		
	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１）付添看護の必要があり実際に負担した費用を請求しようとする場合は、療養補償請求書（様式第６号）に領収書原本とともに添付してください。
（注２）年月日の記載には元号を用いてください。

（R３．１改正）