

入院室料差額証明書

所属団体部局		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
上級室・個室 使用期間	年 月 日から 年 月 日まで		_____日間
入院差額室	種別(上級室・個室)		室料差額合計
	収容可能人員		円
	1日当たり室料差額	円	
上級室・個室 を必要とした 具体的理由	症状		
	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いと認められる場合 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と認められる場合 ウ 被災職員が赴いた病院又は診療所の普通室が満床で、かつ緊急に入院療養させる必要が認められる場合 エ その他特別な事情があると認められる場合 ()		
上級室・個室 を必要とした 期間	年 月 日から 年 月 日まで		_____日間
備考			
上記のとおりであることを証明します。 <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; gap: 20px;"> 年 月 日 <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> 所在地 医療機関の 名称 医師の氏名 </div> </div>			