入院関係費用に関する証明書

所属団体部局			
被災職員氏名		認定番号	
傷　病　名			
入院期間	年　月　日から　年　月　日まで		
請求対象物品	□ 病衣（寝間着）　□ おむつ　□ タオル □ その他（　　） ※ 被災職員の希望（選択）により使用したもの、買い上げとなったもの（おむつ等の消耗品は除く。）は基金の補償対象となりません。		
上記物品の使用期間	年　月　日から　年　月　日まで		
上記物品を必要とした理由（ア～ウに○） ※ 物品により判断が異なる場合は、区別して記載ください。	ア　傷病の特殊性から治療上の必要性があったもの （治療上の必要性の具体的な内容　　） イ　病院指定の物品の使用を必須としているもの （上記物品の使用に関して患者に選択の余地なく入院患者全員に一律に使用を求めている場合） ウ　その他 （　　）		
備　考			

上記のとおりであることを証明します。

年　月　日

医療機関の
- 所在地
- 名称
- 医師の氏名