地基山形様式第７号

個 室 ・ 上 級 室 証 明 書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所　　　 属 |  | | | 認定番号 | | － | | |
| 氏　　　 名 |  | | | 傷病名 | |  | | |
| 入 院 期 間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | 日間 |
| 個室等の必要期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | 日間 |
| 個室・上級室を  必要とする理由  (具体的に記入のこと) |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 等級別病室明細 | 呼称(例)特別室･〇〇個室 |  |  | |  | | 普 　通　 室 | |
| 上記室の収容人数 |  |  | |  | | （　　 人部屋) | |
| １日あたりの室料差額 | 円 | 円 | | 円 | | 円 | |
| 備　　　　　考 |  | | | | | | | |
| 上記のとおり、相違ないことを証明します。  　地方公務員災害補償基金山形県支部長　殿  　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　医療機関　名称  　　　　　　　　　　　　　　　担当医師氏名  　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　（　　　　　） | | | | | | | | |