

特別室使用証明書

認定番号

—

所属団体			所属部局						
被災職員氏名	年 月 日 生	災害発生年月日	令和	年	月 日				
傷病名									
入院期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間
特別室を必要とした期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間
特別室等を必要とした理由 (○印をつけてください)	<p>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かった。</p> <p>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恐れがあった。</p> <p>ウ 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。</p> <p>エ その他（具体的に記入してください。）</p>								
呼称 (特別室・個室)		収容人員	人	1日当たりの室料差額	円				
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関の { 所在地 名称 担当医師</p>									

(注) 特別室とは差額室料を必要とする部屋のことです。