


## 上級室・個室等証明書

所 属	〇〇町総務課	認定番号	〇〇-〇〇〇〇〇〇		
氏 名	青森 甲夫	傷 病 名	右下腿骨骨折		
入 院 期 間	令和〇〇年 4月 10日から 令和〇〇年 4月 20日まで		11 日間		
個室等を必要とした期間	令和〇〇年 4月 10日から 令和〇〇年 4月 12日まで		3 日間		
上級室、個室等を必要とした理由（具体的に記載してください。）	<p style="color: red;">〇〇.4.10 普通室満床であったため</p> <p style="color: red;">〇〇.4.11～〇〇.4.12 手術後安静が必要であったため</p>				
等級別病室明細	呼称 例 (特別室、個室)	上級室			普通室 (6人部屋)
	収 容 定 員	2人			
	1日当たりの 室 料 差 額	1,000円	円	円	円
備 考					
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="margin-left: 40px;">令和〇〇年 4月 30日</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-left: 100px;"> <div style="margin-right: 10px;">病院又は 診療所の</div> <div style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</div> <div style="margin-right: 10px;">所在地</div> <div style="margin-right: 10px;">〇〇町〇〇二丁目 39-4</div> <div style="margin-right: 10px;">名称</div> <div style="margin-right: 10px;">〇〇整形外科医院</div> <div style="margin-right: 10px;">担当医師</div> <div style="margin-right: 10px;">〇〇 〇〇</div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  </div>					