

## 上 級 室 ・ 個 室 等 証 明 書

所 属		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		
個室等を必要とした期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間		
上級室、個室等を必要とした理由（具体的に記入してください。）					
等級別室料 （職員の使用した室ごとに記入してください。）	名 称 (例 個室、特別室)				
	収 容 定 員				
	1日当たり室料差額	円	円	円	円

※ 上級室又は個室の使用については、次のアからエまでのいずれかに該当し、被災職員を収容せざるを得ない事情の存する期間についてのみ、補償の対象として認められます。←

- 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あると認められる場合←
- エ その他特別な事情があると認められる場合←