

### 個室等証明書

所 属		認定番号	
氏 名		傷病名	
* 医師の所見			
上記の者は当院に入院中の下記期間			
a 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			
b 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			
c 普通室が満床で、かつ、被災職員を緊急に入院療養させる必要がある			
d その他特別な事情がある			
ため、上記 ( ) に該当する。			
病 室 詳 細	該当する病室 に○を付けて ください。	上 級 室	個 室
		( 人部屋)	
	1日当たりの 室料差額	円	円
入 院 期 間	年 月 日から	年 月 日まで	日間
上級室・個室を必要とした期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間
上記のとおりであることを証明します。			
年 月 日			
名 称			
医療機関の 所 在 地			
医師の氏名			
印			

注 入院に当たっての個室又は上級室の使用については、上の a から d までのいずれかに該当する場合であって、当該個室又は上級室に被災職員を収容せざるを得ないと認められる事情の存する期間についてのみ、社会通念上当該地域において妥当と認められる額の範囲内で被災職員が実際に負担した額が療養補償の対象となります。

## 個室等証明書

所 属	大分県総務部人事課	認定番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
氏 名	大分 太郎	傷病名	外傷性脳内血腫
* 医師の所見 ※被災職員は、*印の欄には記入しないこと。			
上記の者は当院に入院中の下記期間 a 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 b 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 c 普通室が満床で、かつ、被災職員を緊急に入院療養させる必要がある d その他特別な事情がある  <b>症状が重篤であって、絶対安静を必要とし、医師又は看護師が常時監視し、随時適切な措置を講ずる必要があった</b>  ため、上記（ a ）に該当する。			
病 室 詳 細	該当する病室に○を付けてください。	上 級 室	個 室
	1日当たりの室料差額	( 2 人部屋)	
		4, 950円	円
入 院 期 間	令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで	40 日間	
上級室・個室を必要とした期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで	5 日間	
上記のとおりであることを証明します。  令和〇〇年〇〇月〇〇日 名 称 〇〇総合病院 医療機関の 所在地 大分市〇〇 医師の氏名 九州 次郎 印			

注 入院に当たっての個室又は上級室の使用については、上の a から d までのいずれかに該当する場合であって、当該個室又は上級室に被災職員を収容せざるを得ないと認められる事情の存する期間についてのみ、社会通念上当該地域において妥当と認められる額の範囲内で被災職員が実際に負担した額が療養補償の対象となります。