証　明　書（個室・上級室）

|  |  |
| --- | --- |
| 認定番号 |  |
| 被災職員氏名 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 傷 　病 　名 |  | | | | |
| 使用必要期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで　　　日間 | | | | |
| 個 室 又 は 上 級室 の 使 用 を 必要 と す る 理 由 |  | | | | |
| 頭書の患者に関し、上記のとおり個室・上級室の使用の必要を認めます。  　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　医　師　名　　　　　　　　　　　　印 | | | | | |

(注)個室又は上級室の使用については、次のいづれかに該当する場合のみ補償対象となります。

1. 療養上、他の患者から隔離しなければ適切な診療を行なうことができないと認められる場合
2. 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
3. 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
4. その他特別の事情があると認められる場合