

- 入院に係る特別室の室料差額を請求する場合に医療機関が作成
○ 療養補償請求書に添付して提出

地方公務員災害補償

特別室必要証明書

				認定番号	〇〇-〇〇〇〇〇〇
所属	〇〇市〇〇部〇〇課〇〇係		氏名	安芸 二郎	
傷病名	左下腿骨骨折		災害発生日	令和〇年〇月〇日	
入院期間	令和〇年〇月〇日から〇年〇月〇日まで			8日間	
特別室を必要と認めた 具体的理由 (該当するものに○を付けて、下の括弧にその内容を分かりやすく記載してください。)	<p>ア 病状重篤で絶対安静を必要とし、又は手術のため常時監視を要する場合など、療養上他の患者から隔離しなければ適切な診療が行えない場合 イ 傷病の状態から、隔離しなければ他の患者の診療を著しく妨げる場合 ウ 普通室が満床で、かつ、緊急に入院療養させる必要がある場合 エ その他特別な事情がある場合</p> <p>受傷直後來院 複雑骨折しており、症状が重篤であったため、緊急手術を施行。 術後は絶対安静が必要であった。 また、術後の管理として、症状の急変に備え医師又は看護師が常時監視し、随時適切な処置を講ずる必要があると認められたため。</p>				
貴院の等級別病室明細	呼称(収容定員) (例:個室、上級室)	個室 (1人)	上級室 (2人)	3人部屋 (3人)	普通室(人部屋) (6人部屋)
	室数	7 室	12 室	12 室	31 室
	1日あたりの室料差額	8,000 円	4,500 円	2,000 円	0 円
被災職員 使用状況	上記病室を必要とした 期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	〇〇年〇月〇〇日 ~ 〇〇年〇月〇〇日 (3日間)	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	〇〇年〇月〇〇日 ~ 〇〇年〇月〇〇日23日間)
	各室の 差額合計	円	円	円	0 円 (合計 13,500 円)
備考	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和〇年〇月〇日 所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地 医療機関 名称 甲 医院 担当医師 甲 一郎 (※ 自署又は記名押印)				

(注) 療養補償は、医学療養上必要な最小限度のものについてのみ行われるものですので、特別室を被災職員の希望により使用した場合には、その使用料(室料差額)については、被災職員個人が負担することとなります。