

- 入院時に個室などの特別室を利用した際は、医療機関に必用事項を聞き取って作成

○ 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 申 立 書

			認定番号	〇〇－〇〇〇〇〇〇〇
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
特別室を必要とされた 具体的理由 （病院に受けた説明内容に該当するものに○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。）	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 受傷直後来院 複雑骨折しており、症状が重篤であったため緊急手術となった。 術後は絶対安静が必要であり、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ったため。			
病室明細	呼称（収容定員） （例：個室、上級室）	上級室（ 2 人）		普通室（ 人部屋）（ 6 人部屋）
	1日あたりの室料差額	4,500 円		0 円
被災職員 使用状況	上記病室を必要とした 期間	〇〇年〇月〇〇日 ～ 〇〇年〇月〇〇日（3日間）		
	合計	13,500 円		
備 考				
上記について、病院に確認した内容と相違ないことを申し立てます。 令和〇 年 〇 月 〇 日 確認者 所 属 〇〇市〇〇部〇〇課〇〇係 氏 名 安芸 二郎				

（注１）この証明書は、被災職員又は所属関係者等が病院に内容を聞き取って作成して下さい。
内容について、別途基金が医療機関に確認する場合があります。

（注２）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。