支部様式第３号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **個室・上級室証明書** | 認定番号 |  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　地方公務員災害補償基金長崎県支部長　様 　　医療機関　所　在　地　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名　　　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日に被災した下記被災者の療養に際し、下記のとおり個室　　（上級室）で療養する必要のあったことを証明します。記 |
|  |  住　所 |  |
|  氏　名 |  |
| 室の区分及び |  個　室 上級室（　　　人室） |  室料差額 　　１日　　　　　　　　　　　　円 |
| 入　院　期　間 |  　　　　年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日　まで（　　日間） |
|  個室（上級室） での療養を必 要とした期間 |  　　　　年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日　まで（　　日間） |
|  個室（上級室）での療養を必要とした理由 |  必要理由番号　（注）１の（　　）　　下記注１から必要理由番号を記入の上 具体的に必要性を記入願います。 |
|  具体的状況等 |

（注）　療養補償の対象となる個室又は上級室での療養を認めるのは、次の(1)から(4)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で療養せざるを得ないと認められる期間に限られますので、その点御了知の上証明してください。

　　　　(1) 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

　　　　(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) 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

　　　 (4) その他特別な事情があると認められる場合

　　　　また、年月日の記載には元号を用いてください。