

(支部様式6)

地方公務員災害補償
上級室・個室等必要証明書

認定 番号	公 通				
被 災 職 員	所属団体			所属名	
	職名			氏名	(年齢)
使 用 室 に 関 す る 事 項	上級室・個室等の区分	上級室	個室	その他	(名称)
	上級室・個室等を使用した期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間	
	上級室・個室等を必要とした期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間	
	上級室・個室等を必要とした理由				
	傷病名				
上記のとおり相違ないことを証明します。					
年 月 日					
医療機関の所在地 名称 医師の氏名					

(注意事項)

- 1 この証明書は、「療養補償請求書」に添えて提出してください。
- 2 この証明書を添えて上級室、個室等の使用に要した費用が請求されても、当支部が療養上必要と認めるもの以外は療養補償の対象といたしませんから予め御承知おきください。