

# 入院/付添介護状況/室料差額費用申告書

付添い者 入院日付		付添い者①氏名(続柄)	付添い者②氏名(続柄)	付添い者③氏名(続柄)	室料差額費用 (日額)
		続柄( )	続柄( )	続柄( )	
1	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
2	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
3	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
4	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
5	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
6	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
7	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
8	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
9	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
10	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
11	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
12	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
13	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
14	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
15	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
16	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
17	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
18	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
19	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
20	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
21	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
22	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
23	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
24	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
25	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
26	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
27	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
28	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
29	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
30	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
31	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
32	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	
33	年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	

付添いが必要な理由	
-----------	--

担当の 医師 看護師 \_\_\_\_\_ 氏と相談のうえ、被保険者 \_\_\_\_\_ の入院時の付添い介護を、上記内容のとおり行いました。室料差額費用(差額ベッド)についても事実と相違ありません。

当該申告書の内容確認のため、貴社が医療機関などに連絡をとることにつきましてもし了承いたします。

ご記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日      お名前 \_\_\_\_\_ (加入依頼者または保護者)      (印)



代理店 受付日	年 月 日	保険会社 受付日	
------------	-------	-------------	--