

入院/付添介護状況/室料差額費用申告書

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

室料差額費用が発生している場合には、以下に日付、日額を記載してください

室料差額費用発生日付	
年 月 日 ~ 年 月 日	日額 円
年 月 日 ~ 年 月 日	日額 円
年 月 日 ~ 年 月 日	日額 円
年 月 日 ~ 年 月 日	日額 円
年 月 日 ~ 年 月 日	日額 円

付添いが必要な理由

担当の 医師 / 看護師 氏と相談の上、被保険者 の年齢または心身の状態などにより必要な付添いまたは介助(入浴・食事・衣服の着脱その他被保険者が単独で行うことが困難な援助)を一日3時間以上行いましたので申告します。
 なお、3時間未満の介助・お見舞いは申告から除外します。

当該申告書(付添介護)の内容確認のため、貴社が下記医療機関などに連絡、確認することにつきましても了承いたします。

医療機関名： _____ 電話番号： _____

ご記入日 年 月 日 お名前 (加入依頼者または保護者) 印



451-1G1 M07Y23

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