

入院/付添介護状況/室料差額費用申告書

* ご記入の前に裏面の記入例に記載の内容をご確認ください。

付添い者		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)
入院日付		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

--

入院/付添介護状況/室料差額費用申告書の記入例

❗ ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

- ご返送の際は、入院期間やご負担された室料差額費用(差額ベット費用)が確認できる領収書の写しを同封してください。
- 雇入れ介護人を利用した場合は、その領収書の写しもあわせて同封してください。

・付添介護の時間帯は24時間制(0:00~24:00)でご記入下さい。(24:00で日を分けてご記入ください)

・補償の対象とならない主な場合は以下の通りです。

- (例)・医師との面談
- ・手術の立会
- ・お見舞い
- ・着替えの持参 など

・補償開始日が2020年4月1日以降のご契約の場合は、1日につき通算3時間以上の付添介護を行った場合のみご記入をお願いします。

加入依頼者様または保護者様にて、相談した医師もしくは看護師名および被保険者名、ご記入日をご記入のうえ、ご署名、ご捺印をお願いします。

入院/付添介護状況/室料差額費用申告書

* ご記入の前に裏面の記入例に記載の内容をご確認ください。

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)
1 20XX年5月1日	永合 一郎 続柄(父)	永合 花子 続柄(母)	続柄()	5,000
2 20XX年5月2日	0時00分~24時00分	時分~時分	時分~時分	5,000
3 20XX年5月3日	時分~時分	12時00分~24時00分	時分~時分	
4 20XX年5月4日	0時00分~11時00分	13時00分~15時00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 **保護者がそばにいないと、心身の状態が不安定になり、治療に支障が出るため医療機関から付添を要請された。**

担当の(医師)看護師: **愛永 次郎** 氏と相談のうえ、被保険者 **永合 太郎** 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(差額ベット)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承知いたします。

ご記入日 20XX年 6 月 1 日 お名前 **永合 花子** (加入依頼者または保護者)

・室料差額費用(差額ベット費用)は、ご本人のみ対象になります。付添介護人のベット代(エキストラベット代等)は対象外となります。

・室料差額費用(差額ベット費用)が発生した場合は、実際にご負担された金額をご記入ください。

「保護者がそばにいないと、心身の状態が不安定になり、治療に支障が出るため医療機関から付添を要請された」「着替えや食事を1人で行うことができないが、完全看護の病院ではないため、付添人の介助が必要だった」等、付添理由を詳しくご記載ください。