

入院室料額届

労災指定医療機関番号			地 域
医 療 機 関 名 称			甲 ・ 乙
種 別	室料額	病 室 番 号	
個 室	円		
	円		
	円		
	円		
	円		
2 人 部 屋	円		
	円		
	円		
	円		
3 人 部 屋	円		
	円		
	円		
4 人 部 屋	円		
	円		
	円		
	円		
全 病 床 数 床			床

※室料額は消費税を除いた表示額を記載してください。

※病室の位置が確認できる平面図を添付してください。

監視装置の有無	有 ・ 無
---------	-------

年 月 日

福岡労働局長 殿

名 称

所 在 地

代表者氏名