入院室料届

令和　　　年　　　月　　　日

滋賀労働局長　　殿

労災指定番号　　２５

医療機関名称

所 在 地

　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　令和　　　年　　　月　　　日付けをもって、別紙「入院室料一覧表」のとおり報告します。

※室料は消費税抜きの金額で提出してください。

別紙

入院室料一覧表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 地域 | 甲地　・　乙地 | |
| 指定医療機関番号 | | 医療機関名称 | | | | 所　　在　　地 | | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |
| 病室番号 | 金　額 | | | 備　考 | 病室番号 | | | 金　額 | | 備　考 |
|  |  | | | 個室・二人  三人・四人 |  | | |  | | 個室・二人  三人・四人 |
|  |  | | | 個室・二人  三人・四人 |  | | |  | | 個室・二人  三人・四人 |
|  |  | | | 個室・二人  三人・四人 |  | | |  | | 個室・二人  三人・四人 |
|  |  | | | 個室・二人  三人・四人 |  | | |  | | 個室・二人  三人・四人 |
|  |  | | | 個室・二人  三人・四人 |  | | |  | | 個室・二人  三人・四人 |
|  |  | | | 個室・二人  三人・四人 |  | | |  | | 個室・二人  三人・四人 |
|  |  | | | 個室・二人  三人・四人 |  | | |  | | 個室・二人  三人・四人 |
|  |  | | | 個室・二人  三人・四人 |  | | |  | | 個室・二人  三人・四人 |
|  |  | | | 個室・二人  三人・四人 |  | | |  | | 個室・二人  三人・四人 |
|  |  | | | 個室・二人  三人・四人 |  | | |  | | 個室・二人  三人・四人 |
|  |  | | | 個室・二人  三人・四人 |  | | |  | | 個室・二人  三人・四人 |
|  |  | | | 個室・二人  三人・四人 |  | | |  | | 個室・二人  三人・四人 |
|  |  | | | 個室・二人  三人・四人 |  | | |  | | 個室・二人  三人・四人 |
|  |  | | | 個室・二人  三人・四人 |  | | |  | | 個室・二人  三人・四人 |
|  |  | | | 個室・二人  三人・四人 |  | | |  | | 個室・二人  三人・四人 |
|  |  | | | 個室・二人  三人・四人 |  | | |  | | 個室・二人  三人・四人 |
| ※　備考欄には、個室、二人室、三人室、四人室の別を表示してください。  ※　入院室料金額には、消費税額は含まれませんのでご留意ください。 | | | | | | | | | | |