

# 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。
- 雇い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、被保険者名、医療機関名・電話番号および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

入院日付	付添い者①氏名(続柄) 永合 一郎 続柄(父)	付添い者②氏名(続柄) 永合 花子 続柄(母)	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
1 20XX年5月1日	18時00分~24時00分	時 分 ~ 時 分	室料差額費用発生日付 XX年5月1日~XX年5月2日
2 20XX年5月2日	0時00分~12時00分	時 分 ~ 時 分	日額 10,000 円
3 20XX年5月3日	時 分 ~ 時 分	12時00分~24時00分	XX年5月3日~XX年5月4日
4 20XX年5月4日	17時00分~24時00分	0時00分~9時00分	日額 5,000 円
5 20XX年5月5日	0時00分~11時00分	16時30分~24時00分	年 月 日 ~ 年 月 日
6 20XX年5月6日	0時00分~8時00分	8時00分~10時00分	日額 円
7 年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	年 月 日 ~ 年 月 日
8 年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	日額 円
9 年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	年 月 日 ~ 年 月 日
10 年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	日額 円
11 年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	年 月 日 ~ 年 月 日
12 年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	日額 円
13 年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	年 月 日 ~ 年 月 日
14 年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	日額 円
15 年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	年 月 日 ~ 年 月 日
16 年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	日額 円
17 年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	年 月 日 ~ 年 月 日
18 年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	日額 円
19 年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	年 月 日 ~ 年 月 日
20 年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	日額 円
21 年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	年 月 日 ~ 年 月 日
22 年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	日額 円
23 年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	年 月 日 ~ 年 月 日
24 年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	日額 円
25 年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	年 月 日 ~ 年 月 日
26 年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	日額 円
27 年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	年 月 日 ~ 年 月 日
28 年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	日額 円
29 年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	年 月 日 ~ 年 月 日
30 年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	日額 円
31 年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	年 月 日 ~ 年 月 日
32 年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	日額 円
33 年 月 日	時 分 ~ 時 分	時 分 ~ 時 分	年 月 日 ~ 年 月 日

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 氏と相談の上、被保険者 永合 太郎 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中告します。  
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ご了承いたします。

医療機関名: XX病院 電話番号: 03-1234-XXXX  
ご記入日 20XX年 6 月 1 日 お名前 永合 花子 (永合)

代理店 受付日 年 月 日 保険会社 受付日

451-1G1 M07Y23

・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(日額)をその期間ごとにご記入ください。

「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。