


看 護 証 明 書

(記載例)

			認定番号	2018 - 〇〇〇〇
被災職員	氏名	土佐 太郎	生年月日	昭和 53 年 4 月 10 日
	傷病名	〇〇〇〇		
入院期間		平成 30 年 〇 月 〇 日から 平成 30 年 〇 月 〇 日まで 〇 日間		
看護（付添）の必要期間		平成 30 年 〇 月 〇 日から 平成 30 年 〇 月 〇 日まで 〇 日間		
看護（付添）の区分		<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input checked="" type="checkbox"/> 付添人 <input type="checkbox"/> 家族（被災職員との続柄 _____）		
看護（付添）を必要とした理由 （具体的に書いてください）		食事及び用便に常時介護が必要であったため。		
付添が家族の場合 看護師等が得られなかった理由				
基準看護の有無 （有の場合更に付添を必要とした理由）		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
<p>上記のとおり証明します。</p> <p style="text-align: right;">平成 30 年 〇 月 〇 日</p> <p style="text-align: center;">所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地</p> <p style="text-align: center;">医療機関の名称 〇〇病院</p> <p style="text-align: center;">医師名 〇〇〇〇</p> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">  </div>				

注 看護費用を請求する場合に、療養補償請求書に添えてください。