

通 院 ・ 移 送 費 明 細 書

認定番号	—
------	---

被災職員氏名																																		
認定傷病名																																		
通 院 日		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	
	月																																	日
	月																																	日
	月																																	日
医 師 の 証 明	所 見	<p>(療養上の理由によりタクシーの利用が必要であった場合に、その期間及び理由を具体的に記載してください。)</p> <p>【タクシーの利用が必要であった期間】 年 月 日から 年 月 日まで</p> <p>【療養上の理由】</p>																																
	証 明	<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医療機関の 名 称</p> <p style="text-align: right;">担当医師名</p>																																
通 院 ・ 移 送 費 の 明 細	経 路	<p>(記入例 自宅 ——— 徒歩 ——— ○○バス停 ——— $\frac{100}{○○}$ 円 ——— ○○バス ——— ○○駅 ——— $\frac{200}{JR}$ 円 ——— ○○駅 ——— 徒歩 ——— 病院)</p>																																
	費 の 明 細	交通手段	区 間	金 額	通院期間	日 数	通院・移送費の算定																											
						合 計 (請求額)																												

(注1) 医師の証明欄は、通院のため電車、バスを利用することができず、タクシーの利用を必要としたときのみ記載してもらってください。

(注2) タクシー利用のときは、領収書原本を添付してください。

(注3) 自家用車を利用したときは、既成の地図を使用し経路を朱書きしたものを添付してください。

(注4) 年月日の記載には元号を用いてください。