

移送費明細書

認定番号

〇〇〇〇 ~ 〇〇〇〇

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------|--------|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--------------------------|
| 被災職員 | 所属・所在地 | 新宿区西新宿2-8-1 東京都〇〇局〇〇部 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所・氏名 | 東京都〇〇市〇〇町1-2 新宿太郎 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師等 の証明 | 傷病名 右下腿骨骨折 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 通院日 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 平成29年 8月 合計日数 4 日間 |
| | | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |
| | 通院日 | ○ | | | | | | | | ○ | | | | | | | |
| 所見 | ※療養上タクシーの利用を必要としたときに、その理由及び期間を詳細に記載してください。 (領収書を添付すること) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 29 年 9 月 8 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関の { 所在地 千代田区永田町〇-〇 名称 関東整形外科病院 主治医等の氏名 関東次郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 移送費の明細 | 利用交通機関・区間・料金 | | 金額 | 経路略図 (通院経路を実線、通勤経路は点線で記入のこと) | | | | | | | | | | | | | |
| | 地下鉄 新宿——永田町 165円×2×4回 (片道165円) | | 1,320 | 勤務地 徒歩 JR 自宅 - - - - - 新宿 地下鉄 永田町 (病院) | | | | | | | | | | | | | |
| | 金額合計 | | 1,320円 | | | | | | | | | | | | | | |

※ 通勤手当が支給される期間は、通勤手当との重複区間は請求できません。

↓
公共交通機関の場合も通院日についての証明が必要