

# 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<br>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<br>合計日数<br>4 日間 |
|   |   | ○  |    |    |    |    |    |    |    | ○  |    |    |    |    |    |    |                          |
|   | 16                                      | 17   | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |                          |
|   |   | ○  |    |    |    |    |    |    |    |    |    | ○  |    |    |    |    |                          |
| の証明   | 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。<br>(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。<br>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<br>名称 関東整形外科病院<br>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   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                          |
|   | 地下鉄<br>新宿——永田町<br>165円×2×4回<br>(片道165円) | 1,320  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                          |
|   | 金額合計                                    | 1,320円   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                          |
| 経路略図<br>(通院経路を実線、通勤経路は点線で記入のこと)                       |   |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                          |
| 勤務地<br>徒歩<br>JR<br>自宅 ----- 新宿<br>地下鉄<br>永田町<br>(病院)  |   |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                          |



公共交通機関の場合も通院日についての証明が必要

※ 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。