都支部様式第４２号

移　送　費　明　細　書

認定番号	～

被災職員	所属・所在地	
	住所・氏名	

医師等の証明

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

年　　月

合計日数

日間

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。

上記のとおり相違ないことを証明します。

年　　月　　日

診療機関の
- 所在地
- 名　　称
- 主治医等の氏名　　㊞

移送費の明細

利用交通機関・区間・料金	金　　額
金　額　合　計	円

経　路　略　図

（通院経路を実線、通勤経路は点線で記入のこと）

注　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。