

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	年 月
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	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					経路略図 (通院経路を実線、通勤経路は点線で記入のこと)						
	金額合計					円											

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。