

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															
認定傷病名		右膝半月板断裂															
移送費の明細	利用交通機関・通院日・区間・料金	金額										経路略図					
	8/9 タクシー 自宅-〇〇整形外科	2,100 円										(通院経路を実線、通勤経路は点線で記入のこと) 勤務地 徒歩 JR 自宅 ----- 都庁前 地下鉄 中井 (病院)					
	8/12・17・24 地下鉄 都庁前-中井 IC178×2×4	1,424 円															
金額合計		3,524 円															
医療機関等の証明	通院日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	令和 5 年 1 月
	院						○						○				
	日		○							○							合計日数
	4 日間																
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 5 年 2 月 10 日 医療機関の { 所在地 品川区豊町〇-〇 名称 品川整形外科病院 主治医又は担当者の氏名 太田 一子 (自署又は押印)																	
医師の所見		※傷病の部位及び程度等を勘案し、タクシー等の利用を必要とした場合のみ、担当医師がその理由及び期間を詳細に記載してください。 8月9日までは、右膝固定のため、公共交通機関での通院が困難だったため、タクシーの利用が必要であった。 主治医の氏名 品川 次郎 (自署又は押印)															

注 1 移送費の請求の際は、通院日について医療機関等の証明が必要となります。

2 太枠の部分は、医療機関等で記入してください。

3 公共交通機関の利用のみの場合は、「医師の所見」欄への記載は必要ありません。

4 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。

