

移送費明細書

認定番号

被災職員	所属・所在地																	
	住所・氏名																	
認定傷病名																		
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													
					(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															
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	年 月	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31
																	日間	
	上記のとおり相違ないことを証明します。																	
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>医療機関の { 所在地 } 名称 } 主治医又は担当者の氏名</p> <p style="text-align: right;">(自署又は押印)</p>																		
医師の所見		<p>※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。</p> <p style="text-align: center;">主治医の氏名</p> <p style="text-align: right;">(自署又は押印)</p>																

- 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。