|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  合計日数  　　　　　　　日間 |
|  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |
| 16 | 17 | 18 | | 19 | 20 | 21 | 22 | | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | | 28 | 29 | 30 | | 31 |
|  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。  　　　　　　　年　　月　　日  所　在　地    医療機関の　　　名　　　称  主治医又は担当者の氏名  　　　　　　　　　　　（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。  主治医の氏名  （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。

都支部様式第42号