通院・移送費明細書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定番号 | | | | | |  | | | | |
| 所　 属 | | |  | | | | | | | | 傷病名 | | | | | |  | | | | |
| 氏　 名 | | |  | | | | | | | |
| 医  師  の  証  明 | 通  院  日 | 月 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ | ８ | ９ | | 10 | 11 | | 12 | 13 | 14 | 15 |  | 通院日数    　　　　 日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | | 25 | 26 | | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
| 所 　見 | | 傷病の部位及び状況において，バス・電車等の通常の公共交通機関を利用できず， 自家用車・タクシーの利用用を必要とした場合に，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  所 在 地  医療機関の 名 　称  担当医師 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 明  細 | 方法 | | 区 　　　　間 | | | | | | | | | 距　離 | | | 日 数 | | | 料 金 | | | 請求額 |
| 電車 | | － | | | | | | | | | ｋｍ | | |  | | |  | | |  |
| バス | | － | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |
| タクシー | | － | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |
| その他 | | － | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |
| 合計 | |  | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |
| 通院経路図 | | | 地図上に朱線で記入し，別紙として添付して下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。  　　　　年　　月 　日    所属機関の長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(注)通勤手当が支給される期間は，通勤手当と重複する区間は請求できません。