　　　　　　　　　　　　　　通院・移送費明細書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所　　　属 | | |  | | | | | | | | 認定番号 | | | | － | | | | | |  |
| 氏　　　名 | | |  | | | | | | | | 傷　病　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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 明　細 | 方　法 | | 区　　　　　　　　　間 | | | | | | | | 距　　離 | | | 日　　数 | | | 片道料金 | | | 請　求　額 |
| 電　車 | | － | | | | | | | | ㎞ | | | 日 | | | 円 | | | 円 |
| バ　ス | | － | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |
| タクシー | | － | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |
| その他 | | － | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |
| 合　計 | |  | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　所属機関の　　　　名　　　称  　　　　　　　　　　　　　　　　長の職氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注）１．医師の所見欄は、電車・バス等通常の交通機関を利用できず、タクシーの利用を必要と

　　　　したときのみ記載するものとし、その理由及び期間を詳細に記載してもらうこと。

　　　２、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。