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。