

移送費明細書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|-------|--|--------------|-----------------|---------|---|---|---|---|---|---|----|----|-----|----|---------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----------|----|----|----|----|----|---|--|---|---|
| | | 認定番号 | | | | | | | | | | | | | | 〇〇 - 〇〇 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被災職員 | 氏名 | 福島太郎 | | | | | | | | | | | | 住所 | | | | | | | | | | | | | | 〇〇市〇〇町〇〇 | | | | | | | | | |
| | 所属 | 〇〇市〇〇部〇〇課 | | | | | | | | | | | | 傷病名 | | | | | | | | | | | | | | 右下腿骨骨折 | | | | | | | | | |
| 医師 | 通院日 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 計 | | | |
| | | 5月 | | | | | | | 〇 | | | | | | | | | | | | | | 〇 | | | | | | | | | | | | | 2 | 日 |
| | | 6月 | | | | | | 〇 | | | | | | | | | | | | | | | 〇 | | | | | | | | | | | | | 2 | 日 |
| | | 7月 | | | | | 〇 | | | | | | | | | | | | | | | | 〇 | | | | | | | | | | | | | 2 | 日 |
| 証明 | 所見 | (タクシー利用のときのみ、その理由等(病状、期間等)を記入して下さい。) 上記傷病のため自主歩行ができず、通院に際し、タクシーを必要とする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 証明 | 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和〇年〇〇月〇〇日 住所 〇〇市〇〇町〇-〇 (医療機関) 名称 郡山医院 担当医師 郡山次郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 移送 | 移送の経路 | (記入例・・・自宅 $\frac{\quad}{\text{徒歩}}$ 〇〇バス停 $\frac{100\text{円}}{\text{〇〇バス}}$ 〇〇駅 $\frac{200\text{円}}{\text{J R}}$ 〇〇駅 $\frac{\quad}{\text{徒歩}}$ 病院) 10 km 自宅 $\frac{3,000\text{円}}{\text{タクシー}}$ 医院 (タクシーのときは、乗車距離も記入すること。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 費明細 | 交通機関 | 区間 | 金額 | 通院期間 | 日数 | 移送費の算定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | タクシー | 自宅) 医院 | 片道 3,000円 | 5月7日) 7月19日 | 6日 | $3,000\text{円} \times 2 \times 6\text{日}$ $= 36,000\text{円}$ <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-top: 10px;">領収書(原本)を添付のこと。</div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 合計(請求額) | 36,000円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- (注) 1 医師の所見欄は、通院のため電車、バスを利用することができず、タクシーを必要としたときのみ、その病状、期間等を証明してもらうこと。
- 2 タクシー利用のときは、領収書を添付すること。
- 3 自家用車を利用したときは、既成の地図(道路マップ等)を使用し経路を朱書きしたものを添付すること。
- 4 電車又はバスを利用したときは、利用した区間の運賃表の写しを添付すること。

移送費明細書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|-----------|----|----|------|-------|----|---|---|---|---|----|---------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|
| | | 認定番号 | | | | | | | | | | | 〇〇 - 〇〇 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被災職員 | 氏名 | 福島太郎 | | | | | | | | | | | 住所 | | | | | | | | | | | 〇〇市〇〇町〇〇 | | | | | | | | | | | | | |
| | 所属 | 〇〇市〇〇部〇〇課 | | | | | | | | | | | 傷病名 | | | | | | | | | | | 右下腿骨骨折 | | | | | | | | | | | | | |
| 医師の証明 | 通院日 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 計 | | | |
| | | 5月 | | | | | | | | ○ | | | | | | | | | | | | | | ○ | | | | | | | | | | | | 2 | 日 |
| | | 6月 | | | | | | ○ | | | | | | | | | | | | | | | | ○ | | | | | | | | | | | | 2 | 日 |
| | 7月 | | | | | ○ | | | | | | | | | | | | | | | | | ○ | | | | | | | | | | | | 2 | 日 | |
| 所見 | (タクシー利用のときのみ、その理由等(病状、期間等)を記入して下さい。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 証明 | 上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 住所 (医療機関) 名称 担当医師 証明不要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 移送経路 | (記入例・・・自宅 $\frac{\quad}{\text{徒歩}}$ 〇〇バス停 $\frac{100\text{円}}{\text{〇〇バス}}$ 〇〇駅 $\frac{200\text{円}}{\text{J R}}$ 〇〇駅 $\frac{\quad}{\text{徒歩}}$ 病院) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>自宅 $\frac{10.6\text{km}}{\text{自家用車}}$ 医院</p> </div> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> <p>往復 10.6km × 2 = 21.2km 1km未満の端数は切り捨て 21km</p> </div> </div> <p>(タクシーのときは、乗車距離も記入すること。)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 費用明細 | 交通機関 | 区 | 間 | 金額 | 通院期間 | 日 | 数 | 移送費の算定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 自家用車 | 自宅 | 医院 | | 5月7日 | 7月19日 | 6日 | <p>往復21km × 6日 × 37円 = 4,662円</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> <p>地図に経路を朱書きしたものを添付のこと。 キロ数が確認できるもの。</p> </div> <p>合計 (請求額) 4,662円</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- (注) 1 医師の所見欄は、通院のため電車、バスを利用することができず、タクシーを必要としたときのみ、その病状、期間等を証明してもらうこと。
- 2 タクシー利用のときは、領収書を添付すること。
- 3 自家用車を利用したときは、既成の地図(道路マップ等)を使用し経路を朱書きしたものを添付すること。
- 4 電車又はバスを利用したときは、利用した区間の運賃表の写しを添付すること。

移送費明細書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|----------|---|------------|--------------------|----------|--|--------|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|--|---|---|---|
| | | 認定番号 | | 〇〇 - 〇〇 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被災職員 | 氏名 | 福島太郎 | | 住所 | 〇〇市〇〇町〇〇 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所属 | 〇〇市〇〇部〇〇課 | | 傷病名 | 右下腿骨骨折 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師 | 通院日 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 計 | | | | |
| | | 5月 | | | | | | ○ | | | | | | | | | | | | | | | ○ | | | | | | | | | | | | 2 | 日 | |
| | | 6月 | | | | | ○ | | | | | | | | | | | | | | | | ○ | | | | | | | | | | | | | 2 | 日 |
| | | 7月 | | | | ○ | | | | | | | | | | | | | | | | | ○ | | | | | | | | | | | | | 2 | 日 |
| 証明 | 所見 | (タクシー利用のときのみ、その理由等(病状、期間等)を記入して下さい。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 証明 | 上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 住所 (医療機関) 名称 証明不要 担当医師 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 移送 | 移送の経路 | (記入例・・・自宅 徒歩 〇〇バス停 $\frac{100円}{〇〇バス}$ 〇〇駅 $\frac{200円}{J R}$ 〇〇駅 徒歩 病院) 自宅 徒歩 〇〇駅 $\frac{240円}{J R}$ 〇〇駅 徒歩 病院 (タクシーのときは、乗車距離も記入すること。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 費用明細 | 交通機関 | 区間 | 金額 | 通院期間 | 日数 | 移送費の算定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | J R | 〇〇駅) 〇〇駅 | 片道 240円 | 5月7日) 7月19日 | 6日 | 240円 × 2 × 6日 = 2,880円 運賃表の写しを添付のこと。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 合計 (請求額) | | | | | 2,880円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- (注) 1 医師の所見欄は、通院のため電車、バスを利用することができず、タクシーを必要としたときのみ、その病状、期間等を証明してもらうこと。
 2 タクシー利用のときは、領収書を添付すること。
 3 自家用車を利用したときは、既成の地図(道路マップ等)を使用し経路を朱書きしたものを添付すること。
 4 電車又はバスを利用したときは、利用した区間の運賃表の写しを添付すること。