支部様式第４号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 移送費明細書 | 認定番号 |  |
|  所　　属 |  |  所　　属 所 在 地 |  |
|  氏　　名 |  |  住　　所 |  |
|  傷 病 名 |  |
|  医 師 の 証 明 |  通 院 日 |  年 月 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ | ８ | ９ | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |  |  月計 　　　　 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  移 送 費 の 証 明 |  移 送 の 経　　路 |  経　　　　　路 |  交通機関 |  片道料金 |
|  　　　　　　　　→ |  |  |
|  → |  |  |
|  → |  |  |
|  → |  |  |
|  移 送 費 の 算 定 |  |

〔注〕　医師の所見欄は、通院のためやむを得ずタクシー等を必要とした場合にのみ記載するものとし、

その理由・期間等について詳細に記載してもらうこと。

なお、この場合は、領収書又はこれに代るものを必ず添付すること。

また、年月日の記載には元号を用いること。