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。