

# 通院・移送費明細書

所 属	〇 〇 市 〇 〇 課	認定番号	〇 〇 - 〇 〇 〇														
氏 名	栢 木 太 郎	傷 病 名	〇〇骨折〇〇部切創														
医 師 日 通 院 月 日	8	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	通院日数
				○								○					
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
			○								○						○
の 証 明	<p style="text-align: center; color: red;">8月3日初診、〇〇骨折で独歩が困難なため、8月3日から8月31日まで タクシーによる通院が必要である。</p> <p style="text-align: right; color: red;">この欄はタクシーの利用を必要とした ときのみ記載してもらってください。</p> <p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">〇 年 〇 月 〇〇日</p> <p style="text-align: center;">所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地</p> <p style="text-align: center;">医療機関の 名 称 医療法人 〇〇会 □□病院</p> <p style="text-align: center;">担当医師 医師 〇 〇 〇 〇</p>																
明 細	方 法	区 間							距 離	日 数	片道料金	請 求 額					
	電 車	—							km	日	円	円					
	バ ス	—															
	タ ク シ ー	自 宅 — 病 院							1 2	5	1,800	18,000					
	そ の 他	—															
	合 計								1 2	5	1,800	18,000					
<p style="text-align: center;">上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">〇 年 〇 月 〇〇日</p> <p style="text-align: center;">所在地 〇〇〇市〇〇町〇〇〇—〇</p> <p style="text-align: center;">所属機関の 名 称 〇〇〇市〇〇課</p> <p style="text-align: center;">長の職氏名 課長 〇 〇 〇 〇</p>																	

- (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。