

通院日数証明書 ・ 移送費明細書

			認定番号
被災職員	所属 団体名		氏名

1 通院の状況等

医師 の 証 明	傷病名																																
	通 院 日	年 月	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
		年 月	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
		年 月	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
通院日のうちタクシーを利用した場合	タクシーの必要期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで																															
	タクシーの必要理由																																
明	上記のとおり相違ないことを証明します。																																
	令和 年 月 日																																
	医療機関の { 所在地 } 名称 } 担当医師																																

〔注意事項〕

通院日欄は、通院した日に○印をしてください。

2 通院の経路・方法等

移送費の明細 (被災職員が記載)	通院方法及び経路	
移送費の算定根拠		

上記のとおり事実と相違ありません。

令和 年 月 日

被災職員の { 所属名
氏名

〔注意事項〕

- 1 通勤届により通勤手当が支給されている区間については、移送費の支給対象となりません。
- 2 移送費の算定根拠欄は、移送費請求額の内訳を記入してください。
- 3 自動車等を利用した場合は、経路図を添付してください。