

移送（通院）費証明書

（記載例）

認定番号 2018 - 〇〇〇〇

被災職員	氏名	土佐 太郎	生年月日	昭和53年4月10日
	傷病名	〇〇〇〇		
医師	通院日	〇年〇月	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		
	合計	3 日 （通院日を○で囲み、その合計日数を書いてください）		
証明書の	タクシーによる通院が必要であった場合 必要であった日又は期間 平成〇年〇月〇日から平成〇年〇月〇日まで3日間 必要な医学上の理由 （ 傷病の状況等から、やむを得ず利用しなければならなかった 理由を記載してください。 ）			
明	上記のとおり証明します。 <p style="text-align: right;">平成 30 年 〇 月 〇 日</p> 所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地 医療機関の名称 〇〇病院 医師名 〇〇〇〇 <div style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; margin-top: 10px;">印</div>			

移送費の明細	移送経路及び方法	（出発地・経由地・到着地・距離等を記入してください。）
	移送費の算定	（交通費・通院回数等により算定根拠を記入してください。）

- 注 1 移送（通院）の費用を請求する場合に、療養補償請求書に添えてください。
- 2 移送費の明細欄は被災職員が記入し、領収証又は交通機関の料金証明書を添えてください。