

移送費明細書

認定番号

〇〇-〇〇〇〇〇〇

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|------|---------------|--------|--|------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--------|
| 被災職員 | 所属・所在地 | 所属 〇〇市〇〇部〇〇課 所在地 〇〇市〇〇町△番△号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所・氏名 | 住所 〇〇市〇〇町□番△号 氏名 基金 太郎 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師等の証明 | 傷病名 右鎖骨骨折 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 通院日 (右表に○印を記載) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 令和〇年〇月 |
| | | ○ | | | | | | | ○ | | | | | | | ○ | |
| | | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| | | | | | | ○ | | | | | | | ○ | | | | |
| 所見 | ※療養上タクシーの利用を必要としたときに、その理由及び期間を詳細に記載してください。 受傷により歩行不能な状態となっている等、療養上タクシーの利用を要した場合のみ、その理由及び期間を記載してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和〇年〇月〇日 診療機関の { 所在地 〇〇市〇〇町〇番〇号 名称 〇〇整形外科 主治医等の氏名 〇〇 〇〇 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 移送費の明細 | 利用交通機関 | 区間 | 料金 | 回数 | 金額 | 経路略図 (通院経路を実線、通勤経路は点線で記入のこと) | | | | | | | | | | | |
| | □□バス | JR 明石駅～ 〇〇町 | 200円 | 10 (往復×5回) | 2,000円 | 徒歩 JR 徒歩 自宅 --- JR 加古川駅 --- JR 明石駅 --- 勤務地 □□バス 〇〇町 (〇〇整形外科) | | | | | | | | | | | |
| | 金額合計 | | | | | 2,000円 | 通勤手当が支給される区間 交通機関名 JR 区間 加古川～明石 | | | | | | | | | | |

注 通勤手当が支給される区間は、通勤手当との重複区間の請求はできません。

定期券等との重複がないか確認してください。