

移送費証明書

認定番号

—

1 被 _レ 事 災 _レ 関 職 _ス 員 _ル 項	所属団体			所属部局																
	職名			氏名	(歳)															
2 通 院 等 に 関 す る 事 項	災害発生日	令和	年	月	日	初診年月日	令和	年	月	日										
	傷病名																			
	入院期間 □有, □無	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間										
	通院等の 期 間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間										
	通院等 した回数 回	通院回数	通 院 等 し た 月 日																	
		回 (イ)	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
					16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	回 (ロ)			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
				16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	((イ)+(ロ)+(ハ)) 回 (ハ)			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
交通機関 等の種類	<input type="checkbox"/> JR <input type="checkbox"/> 私鉄 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車両（自転車・荷車等の軽車両を除く。） <input type="checkbox"/> タクシー（ハイヤーを含む。）																			
上記中タクシ-の利用を要した期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間											
タクシーを利用しな ければならな かった理由																				

(タクシー利用に関する医師の証明)

上記のとおりであったことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の

{

所在地

名 称

担当医師

3 交通費の 明細に 関する 事情	通院等の 期間(日)	利用交通 機関等の 種類	通院等の区間			往復 距離	交通費		
			出発地	経由地	到着地		往復の A 交通費	通院等 B の回数	A×B
						km	円	回	円
	合計								
4 遠に 赴いた 場合の 医療の 機事情	<p>上記のとおり交通費を必要としたことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;"> 所属部局の { 所在地 名称 長の職指名 </p>								

- 〔注意事項〕
- 1 タクシー、ハイヤーにより入院、退院、転院、通院（以下「通院等」という。）した場合のみ「2」欄の「上記中タクシーを利用した期間」及び「タクシーを利用しなかった理由」欄に医師の証明を受けてください。なお、この場合には、医師の証明のほかに領収書を添付してください。
 - 2 自家用車両を使用し、通院等した場合には、「3」欄の「利用交通機関等の種類」欄に二輪又は四輪等の区分を附記してください。なお、この場合には、「交通費」欄の「A」欄の記載は不要です。
 - 3 この証明書は、「療養補償請求書」に添えて提出してください。ただし、この証明書を添えて通院等に要した費用を請求されても、当支部が療養上必要と認めるもの以外は補償の対象といたしませんので予めご承知おきください。
 - 4 この文書料は、診療費に含めて請求してください。
 - 5 バスや列車等の交通機関を利用した場合には、「出発地」「経由地」「到着地」については、停留所の起点を記入してください。
 - 6 近くに医療機関があるにもかかわらず、遠距離の医療機関に赴いた場合には、医師の紹介等によって診療等を受ける場合を除いて、原則として補償の対象とされませんので、遠距離の医療機関に赴く場合には「4」欄に事情を記入してください。