

移送費

療養補償請求書

認定番号		12-171001		
請求回数		第 1 回 (令和4年 6 月分)		
請求年月日		令和4年 7 月 1 日		
請求者の住所		330-9301 埼玉県熊谷市高砂3-15		
フリガナ 氏名		クマガヤ アツト 熊谷 篤人		
地方公務員災害補償基金 埼玉県 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。				
1	この請求書による療養補償の費用の受領を 委任者の氏名			
	に委任します。			
受補償費用の	上記委任に基づき、この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。			
	受任者の	医療機関等の名称	タクシー利用の場合、必ず 領収書の原本を添付すること	
		所在地		
氏名 (代表者名)				
2	所属団体名	熊谷市	フリガナ	クマガヤ アツト
	所属部局名	建設部 道路管理課 (電話番号 099-765-4321)	氏名	熊谷 篤人
	職名	主事	請求時の年齢	平成4年 8 月 12 日生 (29 歳)
職名		<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	負傷又は発病の年月日 令和4年 6 月 18 日	
3	診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり		円
4	調剤費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり		円
5	看護料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり		円
		年 月 日から 日間 (看護師の資格) 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	
6	移送費	<input checked="" type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> 片道 <input checked="" type="checkbox"/> 往復 5 回 自宅 から 病院 まで 10.1 km		3,700 円
		<input type="checkbox"/> その他の移送費		
7	上記以外の療養費 (3~6以外)	円	8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)	3,700 円
9	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する 個人番号			
	<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する 金融機関名 <u>くまがや銀行</u> 本支店等名 <u>熊谷支店</u>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号 <u>0004141</u>			
	口座名義人 法人機関又は役職の名称 (フリガナ) 氏名 (フリガナ) <u>熊谷篤人 (クマガヤアツト)</u>			
	<input type="checkbox"/> その他			
* 受理 (到達した年月日)	所属部局	任命権者	基金支部	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
* 決定金額	円	* 通知	年 月 日	* 支払
			年 月 日	年 月 日

〔注意事項〕

- 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 「認定番号」の欄は、1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
- 「1 補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医師若しくは医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護を行った訪問看護事業者に療養補償の費用の受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。
- 「5 看護料」及び「6 移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。
- 「7 上記以外の療養費 (3~6以外)」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「3 診療費」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、併せてその領収書及び明細書を添付すること。
- 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。
- 「*10 診療費請求明細」、「*11 調剤費請求明細」又は「*12 訪問看護事業者の証明」の欄の記入に代えて同様事項を記載した医師、歯科医師若しくは柔道整復師、薬剤師又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよいこと。
- 「診療報酬点数により計算できないもの」の欄には、金額及びその明細 (例えば診断書料、入院室料差額等) を記入すること。
- 年月日の記載には元号を用いる。

本人が記入

非受領委任のため空欄

本人が記入

本人が記入

本人が記入

移送費明細書

		認定番号		12-141099																																
氏名		越谷 保仁		住所																																
				さいたま市浦和区3-15																																
所属		市立病院看護部		傷病名																																
				頸椎捻挫																																
通院日		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	計			
	10月				○				○					○								○														5日
	月																																			日
	月																																			日
移送費明細	移送経路		10.1km 自宅 ⇄ りすの木病院 自家用車		すべての経路を記入し、必ず経路図を添付すること																															
					距離は1日単位で1km未満を切り捨てて計算																															
	交通機関	区間	金額	通院期間	日数	移送費の算定																														
自家用車	自宅～病院	37円/km	R4.10.5 ～ R4.10.27	5日間	路程 10.1km×往復=20km 1回あたりの交通費 20km×37円=740円 移送費合計 740円×5日間=3,700円 合計(請求額) 3,700円																															

(注) 自家用車を利用した場合は、1kmあたり37円支給されます。距離の算定に当たっては、1km未満の端数は切り捨てとなります。

自家用車利用した場合は、空白部分に別紙を参考に、自家用車を利用した理由をご記載ください

※ タクシー利用の場合のみ、上記通院について医師の所見を記入してください。

医師の所見	タクシー利用を必要とする理由(病状等)と期間	
	タクシー利用の場合には、タクシーを利用する必要があったことについて、主治医の医学的意見を記入してください。 ※ 公共交通機関、自家用車使用の場合は、この欄を記入する必要はありません。	
	年 月 日	所在地
		医療機関の名称
		担当医師

移送費の取扱いについて

令和7年7月1日以降、自家用自動車の使用については、やむを得ず使用しなければならなかったものと認められる場合に限り、療養補償の対象として認められます。そのため、今後は移送費の請求において自家用自動車を使用していた場合には、その理由を確認することとなりました。

つきましては、下記の例を参考にやむを得ず使用した理由を移送費明細書の移送費明細欄、もしくは欄外等ご記載するようお願い申し上げます。なお、理由をご記載いただいても、補償の対象外となることもございます。予めご了承ください。

例：

- ①傷病等の部位及び状況により、公共交通機関の利用が困難であるため。(左足を負傷しており、運転は可能であるが、歩くことが困難である場合など)
- ②出発地から医療機関までが遠く、周囲に利用できる公共交通機関もないことから、自家用自動車以外の通院が困難であるため。
- ③通勤を自家用自動車で行っており、通勤途中で医療機関を受診しないと診療時間に間に合わない等、自家用自動車以外の通院が困難であるため。

支部様式第8号

移送費明細書

氏名		越谷 保仁		認定番号		12-141099																																																																							
所属		市立病院看護部		住所		さいたま市浦和区3-15																																																																							
傷病名		頸椎捻挫		<table border="1"> <tr> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th><th>11</th><th>12</th><th>13</th><th>14</th><th>15</th><th>16</th><th>17</th><th>18</th><th>19</th><th>20</th><th>21</th><th>22</th><th>23</th><th>24</th><th>25</th><th>26</th><th>27</th><th>28</th><th>29</th><th>30</th><th>31</th> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">通院日</td> <td colspan="2">10月</td> <td colspan="2">計</td> <td colspan="2">5日</td> </tr> </table>				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		10月		計		5日	
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		10月		計		5日																																																																							
移送経路		10.1km 自宅 ↔ けいすの木病院 自家用車		すべての経路を記入し、必ず経路間を添付すること 距離は1日単位で1km未満を切り捨てて計算																																																																									
交通機関		区間	金額	通院期間	日数	移送費の算定																																																																							
自家用車		自宅-病院	37円/km	R4,10.5	5日	経路 10.1km×往復=20km 1日あたりの交通費 20km×37円=740円 移送費合計 740円×5日=3,700円																																																																							
						合計(請求額)	3,700円																																																																						

自家用自動車をやむを得ず使用した理由を左の記入例中、移送費明細欄（赤い丸で囲んだ部分）、もしくは欄外等にご記載ください。
理由をご記載いただいても、補償の対象外となることもございます。予めご了承ください。

(注) 自家用車を利用した場合は、1kmあたり37円支給されます。距離の算定に当たっては、1km未満の端数は切り捨てとなります。

自家用車利用した場合は、空白欄分に誤差を考慮し、自家用車を利用した距離をご記入ください。

※ タクシー利用の場合のみ、上記通院について医師の所見を記入してください。

タクシー利用を必要とする理由(病状等)と期間

医師の所見

タクシー利用の場合には、タクシーを利用する必要があったことについて、主治医の医学的意見を記入してください。
※ 公共交通機関、自家用車使用の場合は、この欄を記入する必要はありません。

年月日

所在地

医療機関の名称

担当医師

(問い合わせ先)
埼玉県教育局教育総務部 教職員課
TEL:048-830-6665