

移送費明細書

															認定番号																								
氏 名																				住 所																			
所 属																				傷 病 名																			
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						
	月																																日						
	月																																日						
	月																																日						
移 送 費 明 細	移 送 経 路																																						
	交通機関		区 間		金 額		通院期間		日 数		移送費の算定																												
												合 計 (請求額)																											

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

※ 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																															
	年 月 日 <div style="text-align: right;">所在地</div> <div style="text-align: right;">医療機関の 名 称</div> <div style="text-align: right;">担当医師</div>																															