

記入例6 移送費

様式第6号

移送費を請求する場合は移送費明細書を添付してください

1号紙

療養補償請求書

認定番号		12-141099	
請求回数		第3回(24年10月分)	
請求年月日		平成24年11月11日	
請求者の住所		〒330-9301 さいたま市浦和区高砂3-15	
ふりがな		こしがや やすひと	
氏名		越谷 保仁	
この請求書による療養補償の費用の受領を		に委任します。	
委任者の氏名		印	
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。			
受任者の住所			
医療機関等の名称			
氏名(代表者名)		印	
所属団体名		〇〇市	
所属部局名		(電話番号 098-765-4321) 市立病院 看護部	
氏名		越谷 保仁	
職名		主査	
勤務		常勤	
負傷又は発病の年月日		平成24年10月5日	
診療費		内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり	
調剤費		内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり	
看護料		□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	
平成 年 月 日から		日間	
平成 年 月 日まで		看護士の資格	
□有 □無			
交通費		□片道 5回	
自宅から病院まで10キロメートル		往復	
□その他の移送費		3,700円	
上記以外の療養費		円	
療養補償請求金額(3~7の合計額)		3,700円	
振込先金融機関名		振込先金融機関名	
▲▲銀行 ××支店		振込先金融機関名	
口座番号 0004321		振込先金融機関名	
普通預金 □当座預金		振込先金融機関名	
送金小切手		銀行 支店	
その他			
預金名義者名		法人機関又は役職の名称(個人名義の場合は記入不要です。)	
(フリガナ)		こしがや やすひと	
氏名		越谷 保仁	
*受理		*通知	
平成 年 月 日		平成 年 月 日	
*支払		*決定金額	
平成 年 月 日		円	

記入しないこと

1km当たり37円で算定してください

療養費の支払先とする、被災職員名義の口座を入力すること

〔注意事項〕

- 1 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。
- 2 「認定番号」の欄は、第1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
- 3 「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。
- 4 「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。
- 5 「7 上記以外の療養費」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食料及び「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、その領収書及び明細書を添付すること。
- 6 「*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。
- 7 「診療報酬点数表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。
- 8 「請求者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。

【連絡先】〒330-9301 埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1 (埼玉県総務部人事課内)
地方公務員災害補償基金 埼玉県支部 電話 048-830-2437

記入例 7 移送費明細書

支部様式第 8 号

移 送 費 明 細 書

															認定番号					1 2 - 1 4 1 0 9 9														
氏 名					越谷 保仁															住 所					さいたま市浦和区 3 - 1 5									
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																																	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>自宅</p> <p>← 自家用車</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>1 0 k m</p> <p>→</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>りすの木病院</p> </div> </div>																																	
	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; color: red; text-align: center;"> すべての経路を記入し、 必ず経路図を添付すること </div>																																	
	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 ／ k m				H24. 10. 5 ～ H24. 10. 27				5 日間				路程 10 k m × 往復 × 5 日間 = 100 k m 移送費 100 k m × 3 7 円 = 3, 700 円																
										合 計 (請求額)				3, 7 0 0 円																				

(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																															
	<div style="border: 1px solid red; padding: 10px; color: red;"> タクシー利用の場合には、タクシーを利用する必要性があったこと 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。 </div>																															
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 平成 年 月 日 所 在 地 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 医療機関の 名 称 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 担当医師 (印) </div>																															