

移送費明細書

本様式を療養補償請求書（様式第6号・1号紙）に添付して基金宛て提出してください。

団体名		認定番号	—														
氏名		災害発生	年 月 日														
傷病名																	
傷病名にかかる通院について○印を記入願います。																	
通院日 (日)	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
通院日 (日)	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
通院日 (日)	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
通院日のうちタクシーを利用した場合（医師記載欄）																	
タクシー利用を必要とした期間		年 月 日 ~ 年 月 日															
タクシー利用を必要とした具体的理由																	
上記のとおり相違ないことを証明します。																	
年 月 日																	
医療機関		{ 所在地 名称 代表者名															

＜経路明細を裏面に記載してください＞

移送費の明細（該当区分の☑と併せ、請求する経路を記載願います）

- 請求区間のうち、通勤手当受給区間がある
- 請求区間のうち、通勤手当受給区間がない
- ※ 通勤手当が支給される期間は、通勤手当との重複区間は支給されません。
- ※ 確認資料として通勤手当の認定簿を添付してください。
- ※ 経路図を添付してください。（自宅・医療機関・勤務公署・通勤経路・通院経路を記載願います。）

区分	区間 (期間)	利用用具（利用用具に○）	料金（片道）
片道 往復	～ (月 日～ 月 日 (日間))	鉄道・バス・車・タクシー	円 km
片道 往復	～ (月 日～ 月 日 (日間))	鉄道・バス・車・タクシー	円 km
片道 往復	～ (月 日～ 月 日 (日間))	鉄道・バス・車・タクシー	円 km
片道 往復	～ (月 日～ 月 日 (日間))	鉄道・バス・車・タクシー	円 km
合 計 金 額			円
(往復分の請求の場合は、料金を2倍した金額（距離）を記載してください)			km

車を利用した理由（利用用具のうち、車を利用した理由を記載してください。）

- ※ 公共交通機関・車以外の利用については領収書（原本）を添付してください。
- ※ 太枠内については、医療機関へ証明を求めてください。