

移送費明細書

認定番号

〇〇-〇〇〇〇〇〇

被災職員	所属・所在地	所属 〇〇市〇〇部〇〇課 所在地 〇〇市〇〇町△番△号															
	住所・氏名	住所 〇〇市〇〇町□番△号 氏名 基金 太郎															
医師等の証明	傷病名	右鎖骨骨折															
	通院日 (右表に○印を記載)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	令和〇年〇月
		○							○							○	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
							○							○			
所見	※療養上タクシーの利用を必要としたときに、その理由及び期間を詳細に記載してください。 受傷により歩行不能な状態となっている等、療養上タクシーの利用を要した場合のみ、その理由及び期間を記載してください。																
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和〇年〇月〇日 診療機関の { 所在地 〇〇市〇〇町〇番〇号 名称 〇〇整形外科 主治医等の氏名 〇〇 〇〇																	
移送費の明細	利用交通機関	区間	料金	回数	金額	経路略図 (通院経路を実線、通勤経路は点線で記入のこと)											
	□□バス	JR 明石駅～ 〇〇町	200円	10 (往復×5回)	2,000円	徒歩 JR 徒歩 自宅 --- JR 加古川駅 --- JR 明石駅 --- 勤務地 □□バス 〇〇町 (〇〇整形外科)											
	金額合計				2,000円	通勤手当が支給される区間 交通機関名 JR 区間 加古川～明石											

注 通勤手当が支給される区間は、通勤手当との重複区間の請求はできません。

定期券等との重複がないか確認してください。