

# 移 送 費 請 求 内 訳 書

(氏名: \_\_\_\_\_ )

必ず記入して下さい。

利用交通機関を で囲んで下さい	鉄 道	( _____ 駅) から ( _____ 駅) まで 定期・回数・乗車券 ( _____ 円) ( _____ 駅) から ( _____ 駅) まで 定期・回数・乗車券 ( _____ 円) ( _____ 駅) から ( _____ 駅) まで 定期・回数・乗車券 ( _____ 円)
	バ ス	路線名 _____ 線 定期・回数・乗車券 ( _____ 円) ( _____ 停留所) から ( _____ 停留所) まで ( _____ km) 路線名 _____ 線 定期・回数・乗車券 ( _____ 円) ( _____ 停留所) から ( _____ 停留所) まで ( _____ km) 路線名 _____ 線 定期・回数・乗車券 ( _____ 円) ( _____ 停留所) から ( _____ 停留所) まで ( _____ km)
	タクシー	地名: _____ ~ 地名: _____ まで 領収書添付枚数 ( _____ 枚) 領収書合計 ( _____ 円) タクシーを利用しなければならなかった理由 ( _____ ) <b>傷病の状態(寝たきり、車椅子)により医師が必要と認める場合に限りて支給されます。</b>
	自家用車	地名: _____ ~ 地名: _____ まで片道 _____ km 往復利用の場合は片道距離を2倍にし、1キロメートル未満の端数は切り上げてください。 (往復) 距離(端数切上げ) _____ 1 kmあたり ( _____ km) × 37円 = ( _____ 円)
	その他	( _____ 円)
初回のみ	被災当日は救急車・会社の車・自家用車・その他( _____ )で会社・自宅・現場( _____ )から病院まで通院しました。(被災当日通院していない場合は不要) 片道距離( _____ )km 片道金額( _____ )円	

支給基準を確認の上、必ず記入して下さい。

請求金額	1回の料金	通院日数	請求金額
	往復分 ( _____ 円) × ( _____ 日) = ( _____ 円)		請求金額合計 ( _____ 円)
移送費の支給基準	<p>支給対象となる通院は、住居地又は勤務地から、原則、片道2km以上( 1 )の通院であって、次のから のいずれかに該当するものです。</p> <p>同一市町村内の適切な医療機関( 2 )へ通院したとき</p> <p>同一市町村内に適切な医療機関がないため、隣接する市町村内の医療機関へ通院したとき (同一市町村内に適切な医療機関があっても、隣接する市町村内の医療機関の方が通院しやすいとき等も含まれます。)</p> <p>同一市町村及び隣接する市町村内に適切な医療機関がないため、それらの市町村を超えた最寄の医療機関へ通院したとき</p> <p>1 片道2km未満の通院であっても、通院費の支給対象となる場合があります。</p> <p>2 適切な医療機関とは、傷病の診療に適した医療機関をいいます。</p>		

通院日	通院月を記入し、通院日を _____ で囲んで下さい。 入院については、入院日と退院日を _____ で囲み、双方を「-」でつないで下さい。															計 日	うち入院期間( _____ )日間	月 _____ 日から																	
	月	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	月 _____
	月	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	月 _____
	月	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	月 _____ 日まで