移　送　費　の　内　訳

1. 請求期間　令和　　年　　月　　日 から　令和　　年　　月　　日 まで　　日のうち　　日分

2. プリペードカード等の使用　：**有　・　無　（利用毎に料金を支払っている）**　←　いずれかを〇で囲んでください

3. 交通経路・距離・金額

J　R バ　ス 地下鉄 市　電	区　間	（　　）駅から（　　経由）（　　）駅まで （　　）駅から（　　経由）（　　）駅まで （　　）駅から（　　経由）（　　）駅まで
	料　金	（片道　　円）　往復　　円　×　　日分　＝　　円
	定期券 回数券 カード等 の使用 （該当欄に チェック）	☐ 回数券を使用　　枚綴り　　円 ☐ 定期券を使用　1ヶ月定期券代　　円 ☐ 敬老パス、バスカード等プレミア付カード　　円　（利用券の額:　　円） ※ バスカード等プレミア付カード（敬老パス等福祉割引サピカ含む）を使用した場合は、下記の式により計算します。 （計算式）往復料金　×　購入金額／利用券の額　×　通院回数　＝　支給額（円未満切上げ） （　　円）×（　　円／　　円）×（　　回）＝（　　円） ☐ SAPICA（サピカ）を使用（定期区間除く） （　　円）×100／103　×（　　回）＝（　　円） 往復料金　　（円未満切上げ） ☐ 市町村等の交通費助成制度を利用（　　） ☐ その他（　　）
自家用車	通院距離	（片道　　km） 往復　　km　×　37円（1km当り）＝　　×（通院回数　　回）＝　　円

4. その他の交通手段

区　間　　から　　まで　　km

料　金　　利用回数　（片道　　回　・　往復　　回）　　円（要　領収書添付）

5. 移送費請求の確認事項（該当項目に〇印をつけて下さい）

① 傷病労働者の住居地又は勤務地から医療機関まで片道2キロメートル以上である。

② 同一市町村外への通院の場合

イ 住居地又は勤務地と同一の市町村内に傷病の診療に適した労災指定医療機関が存在しない。

ロ 交通事情等から判断して利便性が高い住居地又は勤務地と隣接する傷病の診療に適した市町村の医療機関に通院した。

ハ 住居地又は勤務地と隣接する市町村にも労災指定医療機関がなかったため、傷病の診療に適した最寄りの医療機関へ通院した。

（イ～ハに該当する方は、請求の審査段階で監督署より通院状況を確認させていただきます。）

③ 上記①～②に該当しない通院である。（下記にその理由を記入して下さい。）

（理由:　　）

6. 移送日（通院日に〇印をつけて下さい）

	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																															
月																															

上記のとおり通院しました。

請求人（被災者）氏名

記載例

移　送　費　の　内　訳

1. 請求期間　令和　4　年　10 月　1 日 から 令和　4　年　10 月　31 日 まで　31 日のうち　10　日分

2. プリペードカード等の使用　有　無（利用毎に料金を支払っている）　← いずれかを〇で囲んでください

プリペードカード等の使用の有無を、必ず記入してください。

（ICカードサピカを使用して通院した場合の記載例）

	経路	地下鉄〇〇 ）駅から（　　経由）（地下鉄〇〇 ）駅まで （　　）駅から（　　経由）（　　）駅まで （　　）駅から（　　経由）（　　）駅まで
	料　金	（片道　280　円）　往復　560　円　×　　日分　＝　　円
J　R バ　ス 地下鉄 市　電	定期券 回数券 カード等 の使用 （該当欄にチェック）	□ 回数券を使用　　枚綴り　　円 □ 定期券を使用　1ヶ月定期券代　　円 □ 敬老パス、バスカード等プレミア付カード　　円　（利用券の額:　　円） ※ バスカード等プレミア付カード（敬老パス等福祉割引サピカ含む）を使用した場合は、下記の式により計算します。 （計算式）往復料金 × 購入金額／利用券の額 × 通院回数 ＝ 支給額（円未満切上げ） （　　円）× （　　円／　　円）× （　　回）＝（　　円） ☑ SAPICA（サピカ）を使用（定期区間除く） （560 円）× 100／103 × （10 回）＝（5,437 円） 往復料金　（円未満切上げ） バスカード等を使用した場合、計算して記入して下さい。 □ 市町村等の交通費助成制度を利用（　　） □ その他（　　）
自家用車	通院距離	（片道　　km） 往復　　km × 37円（1km当り）＝　　× （通院回数　　回）＝　　円

4. その他の交通手段

区　間　　から　　まで　　km

料　金　　利用回数　（片道　　回　・　往復　　回）　　円（要　領収書添付）

5. 移送費請求の確認事項（該当項目に〇印をつけて下さい）

① 傷病労働者の住居地又は勤務地から医療機関まで片道2キロメートル以上である。

② 同一市町村外への通院の場合

イ 住居地又は勤務地と同一の市町村内に傷病の診療に適した労災指定医療機関が存在しない。

ロ 交通事情等から判断して利便性が高い住居地又は勤務地と隣接する傷病の診療に適した市町村の医療機関に通院した。

ハ 住居地又は勤務地と隣接する市町村にも労災指定医療機関がなかったため、傷病の診療に適した最寄りの医療機関へ通院した。

（イ～ハに該当する方は、請求の審査段階で監督署より通院状況を確認させていただきます。）

③ 上記①～②に該当しない通院である。（下記にその理由を記入して下さい。）

（理由:　　）

6. 移送日（通院日に〇印をつけて下さい）

	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
10 月				〇		〇					〇		〇				〇	〇		〇					〇		〇				〇
月																															
月																															

上記のとおり通院しました。

請求人（被災者）氏名　北　海　太　郎