

通 院 内 訳 書 (7号(1)または16号の5(1)添付用)

請求人氏名

1. 請求期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

2. 通院日 (○印を記入してください)

	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																															
月																															

通院回数 回

3. 通院費を要した理由 (○印を記入してください)

- (1) 住居地または勤務地と同一の市町村内で、片道2 km以上通院したため。
- (2) 住居地または勤務地がある市町村に隣接する市町村内で、片道2 km以上通院したため。
理由

1. 同一市町村に診療に適した医療機関がないため

2. 交通事情による

3. その他
- (3) 同一の市町村内または隣接する市町村内に診療に適した医療機関がないため。
- (4) 片道2 km未満だが、傷病の状態から交通機関を使用しなければ通院することが著しく困難であるため。
- (5) 災害現場から医療機関への移送、又は自宅から医療機関に入院するため。
- (6) 医師の指示により転医、または退院したため。
- (7) 労働基準監督署長が診療を受けることを勧告した医療機関への通院のため。
- (8) その他上記以外の理由

4. 通院した区間の住所・名称

住 居	住 所	
勤 務 先	名 称	
	所 在 地	
受 診 医療機関	名 称	
	所 在 地	

裏面へ続く

5. 通院方法

公共交通機関	区 間 _____ 駅 ~ _____ 駅 片道 _____ km 交通機関名 _____ 片道運賃 _____ 円
	区 間 _____ 駅 ~ _____ 駅 片道 _____ km 交通機関名 _____ 片道運賃 _____ 円
	区 間 _____ 駅 ~ _____ 駅 片道 _____ km 交通機関名 _____ 片道運賃 _____ 円
	区 間 _____ 駅 ~ _____ 駅 片道 _____ km 交通機関名 _____ 片道運賃 _____ 円
自家用車等	区 間 _____ ~ _____ 片道 _____ km
タクシー等	区 間 _____ ~ _____ 片道 _____ km 請求金額 _____ 円（領収書を添付してください）
	◎ 公共交通機関の使用が著しく困難だった理由（○印を記入してください） (1) 松葉杖使用のため （使用期間 月 日 ~ 月 日） (2) ギプス装着のため （使用期間 月 日 ~ 月 日） (3) 車いす使用のため （使用期間 月 日 ~ 月 日）
	◎ タクシー通院に関する主治医の指示の有無 （ 有 ・ 無 ） (1) 具体的な指示内容 _____ _____ _____ _____ _____
	(2) その他タクシー等を使用した理由 _____ _____ _____ _____ _____

※タクシーを使用した場合は使用した理由を詳細に記載し、領収書を添付してください。