支部様式第14号

**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。（医療機関記載欄） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通院日（　　日） |  | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ | | ８ | ９ | 10 | | 11 | 12 | 13 | | 14 | | 15 |  |
| 年 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |
|  | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | | 23 | 24 | 25 | | 26 | 27 | 28 | | 29 | | 30 | 31 |
| 月 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |
| 通院日（　　日） |  | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ | | ８ | ９ | 10 | | 11 | 12 | 13 | | 14 | | 15 |  |
| 年 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |
|  | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | | 23 | 24 | 25 | | 26 | 27 | 28 | | 29 | | 30 | 31 |
| 月 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |
| 通院日（　　日） |  | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ | | ８ | ９ | 10 | | 11 | 12 | 13 | | 14 | | 15 |  |
| 年 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |
|  | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | | 23 | 24 | 25 | | 26 | 27 | 28 | | 29 | | 30 | 31 |
| 月 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |
| 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  　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　医療機関　　名　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名（医師名） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

＜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・経路・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  （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） | | | 円  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。