

○ この証明書に通勤届の写しを添付してください。
○ 通勤手当の給付と重複する場合には、支給されません。

移送費明細書

														認定番号	〇〇—100000							
被災職員	所属	〇〇市〇〇部〇〇課										所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地									
	氏名	〇〇〇〇										住所	〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地									
	傷病名及び（災害発生日）	右膝内側々副靱帯断裂 (災害発生日 令和〇〇年〇〇月〇〇日)																				
医療機関	所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地																				
	名称	〇〇病院																				
通院日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	令和〇〇年〇月 合計日数 5 日間 (通院日に〇をして、その〇内に利用した交通機関を入れてください。)						
			⊗							⊗												
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31					
		⊗							⊗								⊗					
通院方法及び経路等		経路										交通機関		距離		料金						
		広島駅 → 〇〇大学病院										〇〇バス		〇 km		200円						
		→														円						
		→														円						
移送費の算定 (具体的に分かるように計算式を書いてください。)		200円×2(往復)×5日= 2,000円 (合計 2,000円)																				
経路の略図	(通院経路を実線、通勤経路を点線で記載してください。)										【記載例】											
	JR バス 自宅-----広島駅-----勤務地 バス 〇〇町 (病院)										JR バス 自宅-----広島駅-----勤務地 路面電車 八丁堀 (病院)											
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 所属部局の長の職氏名 〇〇市〇〇部〇〇課長 〇〇 〇〇																						

定期券等との重複がないかを確認してください。

- (注意)
- 通院日の欄には通院日に〇をして、その〇内に利用した交通機関を入れてください。
バス—(バ) タクシー—(タ) 電車—(電) JR—(J)
 - 通勤届により通勤手当が支給されている区間については、補償対象とはなりません。
 - 初回のみ、縮尺の分かる既製の地図（自宅及び勤務地・医療機関が分かるもの）を添付してください。
(請求区間を変更した場合にも、初回のみ、変更後の地図を添付のこと。)
 - タクシーを利用した場合は、領収書及び「タクシー等の利用の必要性に関する申立書」を添付してください。
(ただし、タクシーの利用は医師の判断等により療養上やむを得ないと認められる場合のみ、補償対象となります。)