

移 送 費 証 明 書

被災職員	所属団体 部 局		認定番号	—	
	住 所			最寄駅	
	氏 名				
	傷 病 名				
医療機関	所 在 地			最寄駅	
	名 称				
診 療 期 間		令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間			
通院日	月		月計	日	計 日
	月		月計	日	
交 通 機 関		☐ J R ☐ 私鉄（ 線） ☐ バス（ バス） ☐ その他（ ）			
内 訳	記入例	自 宅 $\frac{(\text{徒 歩})}{(\text{円})}$ A停留所 $\frac{(\text{バ ス})}{(\text{円})}$ B 駅 $\frac{(\text{J R})}{(\text{円})}$ C 駅 $\frac{(\text{徒 歩})}{(\text{円})}$ ○○病院			
	交通機関 利用経路 交 通 費	$\frac{(\text{ })}{(\text{円})}$	$\frac{(\text{ })}{(\text{円})}$	$\frac{(\text{ })}{(\text{円})}$	$\frac{(\text{ })}{(\text{円})}$
交通費合計		往復 円× 日＝ 円 片道 円× 日＝ 円 } 計 円			
備 考					
上記のとおりであることを証明します。 令和 年 月 日 所属長の { 職 名 氏 名					