

移送費証明書（タクシー用）

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					
請求の内容	（請求区分の自一医は自宅と医療機関の間の経路、勤一医は勤務公署と医療機関の間の経路を示していますので、いずれか該当するものを○で囲んでください。）					
通院日	請 求 区 分	請 求 金 額	通院日	請 求 区 分	請 求 金 額	
月 日	自一医・勤一医		月 日	自一医・勤一医		
月 日	自一医・勤一医		月 日	自一医・勤一医		
月 日	自一医・勤一医		月 日	自一医・勤一医		
月 日	自一医・勤一医		月 日	自一医・勤一医		
月 日	自一医・勤一医		月 日	自一医・勤一医		
請求金額合計					円	
備 考						
<p>上記のとおりであることを証明します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">所属長の { 職 名 氏 名</p>						

医師の証明

タクシー・ハイヤー等を利用して通院しなければならなかった具体的な理由及び期間

〔具体的理由〕

〔期 間〕

令和 年 月 日 から

令和 年 月 日 まで

日間

備 考

上記のとおりであることを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の { 所在地
名 称
医師の氏名