

## 移送費明細書

		認定番号																																
氏名						住所																												
所属						傷病名																												
通 院 日		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	計	
	月																																	日
	月																																	日
	月																																	日
移 送 費 明 細	移送経路																																	
	交通機関	区間	金額	通院期間	日数	移送費の算定																												
						合計 (請求額)																												

(注) 自家用車を利用した場合は、1 kmあたり37円支給されます。距離の算定に当たっては、1 km未満の端数は切り捨てとなります。

※ タクシー利用の場合のみ、上記通院について医師の所見を記入してください。

医 師 の 所 見	タクシー利用を必要とする理由(病状等)と期間          <div style="text-align: center;">                     年    月    日                       所在地                       医療機関の    名称                       担当医師                 </div>
-----------------------	---