

移 送

既に公務上又は通勤該当の災害として認定を受けている場合は、認定通知書に記載されている認定番号を記入してください。  
 まだ認定番号が通知されていない場合は、空欄のまま提出いた  
 いて構いません。

本様式を療養補償請求書（様式第6号・1号紙）

団 体 名	地方公共団体名（任命権者ごと）	認 定 番 号	〇〇 - 〇〇〇〇〇〇
氏 名	〇〇 〇〇	災 害 発 生	〇年 〇月 〇日
傷 病 名	〇〇、〇〇		

傷病名にかかる通院について○印を記入願います。

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					○					○					○	

本人記入

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	〇年 〇月 〇日 ~ 〇年 〇月 〇日
タクシー利用を必要とした具体的理由	<p>移送にタクシーを使用した場合のみ                  医療機関に記載を依頼してください。</p>
上記のとおり相違ないことを証明します。 〇年 〇月 〇日	
医療機関	所在地 (医療機関の所在地) 名 称 (医療機関の名称) 代表者名 (医師名) 〇〇 〇〇

医療機関が記入

<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・通勤経路・通院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	○○駅 ~ ○○駅 ( ○月 ○日 ~ ○月 ○日 ( ○日間))	鉄道・バス・車・タクシー	○○○ 円 ○ km
片道 往復	○○停留所 ~ ○○停留所 ( ○月 ○日 ~ ○月 ○日 ( ○日間))	鉄道・バス・車・タクシー	○○○ 円 ○ km
片道 往復	自宅 ~ ○○病院 ( ○月 ○日 ~ ○月 ○日 ( ○日間))	鉄道・バス・車・タクシー	○○○ 円 ○ km
片道 往復	自宅 ~ ○○病院 ( ○月 ○日 ~ ○月 ○日 ( ○日間))	鉄道・バス・車・タクシー	○○○ 円 ○ km
合 計 金 額			○○○ 円
(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)			○○ 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。）

(例)

- ・ 左膝の半月板損傷により歩くことが困難であり、公共交通機関の利用が不可能だったため。
- ・ 受診医療機関が自宅から遠く、周囲に利用出来る公共交通機関もないことから、自家用車以外の通院が困難であるため。

※ 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。

**自家用車を使用した場合、  
1 km あたり 37 円の算定となります。**