

移送（通院）費算定内訳書

| 証明期間 | | | | | | | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ | 平成 | 年 | 月 | 日 | | | |
|------|----|----|----|----|----|----|----|---|---|----|---|----|----|----|----|----|----|----|
| | | 月 | 回数 | | | 回 | | | 月 | 回数 | | | 回 | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | | | | | | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | | | | | | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | | | | | | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 30 | 31 | | | | | | | | | | 29 | 30 | 31 | | | | |

上記○印の日、受診のため通院したことを証明する。

平成 年 月 日

医師

(印)

交通機関

| | | | | | | |
|----|---|---|---|----|------|---|
| バス | 停 | ～ | 停 | km | 片道料金 | 円 |
| | 停 | ～ | 停 | km | 片道料金 | 円 |
| 鉄道 | 駅 | ～ | 駅 | km | 片道料金 | 円 |
| | 駅 | ～ | 駅 | km | 片道料金 | 円 |
| | 駅 | ～ | 駅 | km | 片道料金 | 円 |

移送理由（該当理由の番号に○印を付して下さい。）

- 1 住居地又は、勤務地からの通院の場合。
 - (1) 片道2km以上の通院の場合。
 - ① 同一市町村内の診療に適した労災指定病院等への通院。
 - ② 同一市町村内の診療に適した労災指定病院等がないため、隣接する市町村内の診療に適した労災指定病院等への通院。
 - ③ 交通事情から、隣接する市町村内の診察に適した労災指定病院等への通院の方が利便性が高い通院。
 - ④ 同一市町村及び隣接する市町村内の診察に適した労災指定病院等がないため、それらの市町村を超えた最寄りの診療に適した老妻指定病院等への通院。
 - (2) 片道2km未満の通院の場合。
 - ① 傷病の症状の状態から、交通機関を利用しなければ、通院することが著しく困難な場合における診療に適した労災指定病院等への通院。
- 2 災害現場から医療機関等への緊急移送。
- 3 自宅から医療機関に入院するための移送。
- 4 医師の指示により退院して帰宅するための移送。
- 5 医師の指示により療養上の必要性に基づく他の専門医の対診、もしくは転医するための移送。
- 6 労働基準監督署の勧告した医療機関に転医等のための移送。

上記のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

申請人

(印)