|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **地 方 公 務 員 災 害 補 償** |  |  |
| 交　 通　 費　 証 　明 　書 | 認定番号 | 　 |
| 　関する事項１被災職員に | 所属団体 |  | 所　属　部　局 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 職名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 氏　　　　　名　 | （　 　歳） |
| ２　通　院　等　に　関　す　る　事　項　 | 災害発生日 | 　　　　　年　　　月　　　日 | 初　　診　　日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 傷病名 | 　 |
| 入院期間□有、□無 | 　　　年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日まで　　　　　日間 |
|
| 通院等の期間 | 　　　年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日まで　　　　　日間 |
|
| 通院等した回数　 | 通院等回数 | 通　院　等　し　た　月　日 |
| 回 | 　　　月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15　日 |
| 　 | (イ) | 　 | 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |
| 　 | 回 | 　　　月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15　日 |
| 　　　　　回 | (ロ) | 　 | 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |
| 　 | 回 | 　　　月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15　日 |
| （(イ)＋(ロ)＋(ハ)） | (ハ) | 　 | 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |
| 交通機関等の種類 | □ＪＲ　　　　□私鉄　　　□バス　　　□自家用車両（自転車・荷車等の軽車両を除く。） |
| □タクシー（ハイヤーを含む。） | 　 |
| 上記中タクシーを利用した期間 | 　　　年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日まで　　　　　日間 |
|
|
| タクシーを利用しなければならなかった理由 | 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 | 　 | 上記のとおりであったことを証明します。　　　　　　　年　　　月　　　日所　在　地医療機関の　 名　　　称医　　　師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ３　交通費の明細に関する事項 | 通院等の　期間（日） | 利用交通機関等の種類 | 通　院　等　の　区　間 | 往復距離 | 交通費 |
| 出発地 | 経由地 | 到着地 | 往復の　　交通費Ａ | 通院等　　の回数Ｂ | Ａ×Ｂ |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | ㎞ | 円 | 回 | 円 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 合計 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 上記のとおり交通費を必要としたことを証明します。　　　年　　　月　　　日所　 在 　地所属部局　名　　　　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　長の職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〔注意事項〕　１．タクシー、ハイヤーにより入院、退院、転院、通院(以下｢通院等｣という。)した場合にのみ｢２｣欄の｢上記中タクシーを利用した期間｣及び｢タクシーを利用しなければならなかった理由｣欄に医師の証明を受けてください。なお、この場合には、医師の証明のほかに必ず請求者が作成した療養の状況及び経過等を記した資料並びに領収書又は請求書を添付してください。　　　　　　　２．自家用車両を使用し、通院等した場合には、｢３｣欄の｢利用交通機関等の種類｣欄に二輪又は四輪等の区分を付記してください。なお、この場合には｢交通費｣欄の｢Ａ｣欄の記載は不要です。　　　　　　　３．この証明書は、｢療養補償請求書｣に添えて提出してください。ただし、この証明書を添えて通院等に要した費用を請求されても、当支部が療養上必要と認めるもの以外は補償の対象といたしませんので予めご承知おきください。　　　　　　　４．この文書料は、診療費に含めて請求してください。　　　　　　　５．年月日の記載には元号を用いてください。 |
| 略図　　　　　　　　　 |