移 送 費 の 内 訳

1. 請求期間　平成　年　月　日 から 平成　年　月　日 まで　日のうち　日分

2. 交通経路・距離・金額　**※プリペードカード等の使用の有無：　有　・　無（利用ごとに料金を支払っている）**

ＪＲ	区　間	（　　）駅から（　　経由）（　　）駅まで
	料　金	（片道　　円）　往復　　円　×　　日分　＝　　円
	回数券 定期券 を使用 （該当欄に チェック）	□ 回数券を使用　11枚綴り　　円 □ 定期券を使用　1ヶ月定期券代　　円
バス	区　間	（　　）駅から（　　経由）（　　）駅まで （　　）駅から（　　経由）（　　）駅まで
	料　金	（片道　　円）　往復　　円　×　　日分　＝　　円
地下鉄 電車	回数券 定期券 を使用 （該当欄に チェック）	□ 回数券を使用　10枚綴り　　円 □ 定期券を使用　1ヶ月定期券代　　円 □ ウィズユーカード又はパスカード　　円　（利用券の額：1234567円） ※ ウィズユーカード又はパスカード等プレミア付カードを使用した場合は、下記の式により計算します。 （計算式）往復料金 × 購入金額／利用券の額 × 通院回数 ＝ 支給額（円未満切上げ） （　　円）× （　　円）／（　　円）×（　　回）＝　　円
自家用車	通院距離	（片道　　Km） 往復　　Km　×　37円（1km当たり）　＝　（通院回数　　回）＝　　円

3. その他の交通手段

区　間　　から　　まで　　Km

料　金　　利用回数（片道　　回　・　往復　　回）　　円（要　領収書添付）

4. 移送費請求の確認事項（該当項目に〇印をつけてください）

① 傷病労働者の住居地又は勤務地から医療機関まで片道2キロメートル以上である。

② 同一市町村外への通院の場合

イ 住居地又は勤務地と同一の市町村に傷病の診療に適した労災指定医療機関が存在しない。

ロ 交通事情等から判断して利便性が高い住居地又は勤務地と隣接する傷病の診療に適した市町村の医療機関に通院した。

ハ 住居地又は勤務地と隣接する市町村にも労災指定医療機関がなかったため、傷病の診療に適した最寄の医療機関へ通院した。

（イ～ハに該当する方は、請求の審査段階で監督署より通院状況を確認させていただきます。）

③ 上記①～②に該当しない通院である。（下記にその理由を記入してください。）

（理由：　　）

5. 移送日（通院日に〇印をつけてください）

	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
月																															
月																															
月																															

上記のとおり通院しました。

請求人（被災者）氏名　　㊞