|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認定番号  証　明　書（通院） |  | |
| 被災職員氏名 | | |  | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 傷 　病 　名 | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | 通 院 日（○で囲む） | 年　　月 | | 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 | | | | |  |
| 年　　月 | | 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 | | | | |
| 年　　月 | | 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 | | | | |
| 合　計 | | 日 | | | | |
| 上記の通院日のうち、医学的にタクシーによる通院が必要な期間があった場合  （該当ない場合は斜線で消して下さい） | | | 上記の通院期間のうち  　　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日までの間 | | | | |
| 医学上の理由 | | | | |
| 頭書の患者の通院に関し、上記のとおり証明します。  　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　医　師　名　　　　　　　　　　　　 印 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 明　　　細 | 通院方法 | 区　　　　間 | 距 離 | 日 数 | 片道料金 | 請 求 額 |
| 電　　車 |  | Km | 日 | 円 | 円 |
| バ　　ス |  |  |  |  |  |
| タクシー |  |  |  |  |  |
| そ の 他  （自家用  自動車等） |  |  |  |  |  |
| （方法）  （理由） | | | | |
| 合　　計 |  |  |  |  |  |

(注) ・明細の欄は、被災職員が記入してください。

・通院方法が「その他」の場合は、当該通院方法及びその理由について記入してください。

・公共交通機関以外（自家用自動車等）の方法による場合は、径路が確認できる略図を添付してください。また、高速道路などを利用した場合は、領収書又は請求明細書等の添付が必要になります。