

通 院 費 証 明 書

所 属		〇〇総合支庁〇〇部〇〇課										認定番号		329-01023							
氏 名		東根 紅子										傷 病 名		右大腿骨骨折							
通 院 日	29 年 8 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				計			
				○							○							5 日			
通 院 状 況 ・ 医 師 の 証 明 等	医師の 所 見	医師の所見欄には、公共交通機関等を利用できず、タクシーを使用した場合にのみ記載していただき、証明を受けてください。																			
	※ 医師の所見欄及び医師の証明欄は、交通機関（バス、列車等）を利用できず、タクシーを使用したときのみ医師に記入してもらうこと。 上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 所 在 地 _____ 医療機関 名 称 _____ 担当医師氏名 _____ 印 _____ 電 話 番 号 _____																				
交 通 機 関 使 用 状 況	バ ス 使 用	鉄砲町 ～ 県立中央病院 (片道 11.4 Km) 運賃 420 円× 5 回= 2,100																			
		～ (片道 Km) 運賃 円× 回=																			
		～ (片道 Km) 運賃 円× 回=																			
		～ (片道 Km) 運賃 円× 回=																			
		～ (片道 Km) 運賃 円× 回=																			
	タ ク シ ー 使 用	～ (片道 Km) 運賃 円× 回=																			
そ の 他	～ (片道 Km) 運賃 円× 回=																				
		原則は、バス・電車等の公共交通機関を利用してください。																			