支部様式13

タクシー利用証明書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所　　属 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 認定番号 | | | |  | | | | |
| 氏　　名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | 傷病名 | | |  | | | | | | | | |
| 通院期間  令和　　年　　月　　日から　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | 左のうちタクシーの利用を必要とした期間  令和　　年　　月　　日から　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| （通院日を○で囲んでください。）  〔　　年　　月〕 | | | | | | | | | | | | | | | （傷病の部位及び状況等からみて、やむを得ずタクシーを利用しなければならなかったものと認められる日を○で囲んでください。）  〔　　年　　月〕 | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | | 4 | | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | 10 | | 11 | 1 | 2 | | 3 | 4 | | 5 | 6 | 7 | | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 12 | 13 | 14 | | 15 | | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | | 21 | | 22 | 12 | 13 | | 14 | 15 | | 16 | 17 | 18 | | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 23 | 24 | 25 | | 26 | | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |  | |  | 23 | 24 | | 25 | 26 | | 27 | 28 | 29 | | 30 | 31 |  |  |
| 〔　　年　　月〕 | | | | | | | | | | | | | | | 〔　　年　　月〕 | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | | 4 | | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | 10 | | 11 | 1 | 2 | | 3 | 4 | | 5 | 6 | 7 | | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 12 | 13 | 14 | | 15 | | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | | 21 | | 22 | 12 | 13 | | 14 | 15 | | 16 | 17 | 18 | | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 23 | 24 | 25 | | 26 | | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |  | |  | 23 | 24 | | 25 | 26 | | 27 | 28 | 29 | | 30 | 31 |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 通院日数　　　　　　　　　　　　　　　日間 | | | | | | | | | | | | | | | タクシーの利用を必要とした日数　　　　　日間 | | | | | | | | | | | | | |
| タクシーの利用を必要とした具体的理由 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。  　　　　令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病院または  診療所の | | | | | | | | | | | ｛ | | 所在地  名称  担当医師 | | | | | | | | | | | | | | | |

（注）1　「通院日」、「タクシーの利用を必要とした日」の欄が不足する場合には、別紙を付して記入すること。

2　この証明書は、通院、移送費明細書に添付して提出すること。