

通 院 申 告 書

氏 名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 年齢 _____ 歳

私は、次のとおり通院したことを申告します。

1 自家用車及びバスを利用しての通院

	医療機関名	所在地 (市区町村まで)	回数	距離 (km)	単価	合計
月						
月						
月						
合計						

2 バスを除く公共交通機関又はタクシーを利用しての通院

	医療機関名	所在地 (市区町村まで)	交通機関名	金額
月				
月				
月				
合計				

注1 同日受診の際は、より遠方の医療機関を記載してください。

注2 2名以上の同日受診は、1回として記載してください。

注3 治療を伴わない通院（治療費の支払等のみの来院）は、通院交通費の支給対象外ですので、通院日数に算入しないでください。