

移送費請求書									
一金					円也				
自立支援医療受給者証番号			受診者氏名						
病名									
内 訳									
月 日	区 間	鉄 道		車 賃		船 賃		備考 <small>(自己負担額)</small>	計
		路程	運賃	定額	実費	路程	運賃		
			円		円		円		/
計									
移送者	住所				氏名			受診者との続柄	
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〒</p> <p style="text-align: right;">請求者 住 所</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>									
医 師 の 証 明	<p>年 月 日から 年 月 日まで 日間 したことを証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定自立支援医療機関 名 称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">担当医師 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>								