

タクシー等の使用証明書

| | | | |
|----------------------------------------------------------------|---------|---------|----|
| 所 属 | | 認定番号 | |
| 氏 名 | | 傷 病 名 | |
| * 医師の所見 | | | |
| タクシー等を利用して通院しなければならなかった理由及び期間 傷病の部位及び状況、通院の頻度 等具体的に記載してください | | | |
| (理 由) | | | |
| <div style="border: 1px dashed black; height: 150px;"></div> | | | |
| 期 間 | 年 月 日から | 年 月 日まで | 日間 |
| 上記のとおりであったことを証明します。 | | | |
| 年 月 日 | | | |
| 名 称 | | | |
| 医療機関の 所 在 地 | | | |
| 医師の氏名 | | | |
| 印 | | | |

- 1 被災職員は、*印の欄には記入しないこと。
- 2 通院のため、タクシー等を必要とした場合、医師の所見欄にその病状・理由・期間等を記載してもらうこと。なお、タクシー利用のときは、必ず領収書を添付すること。

タクシー等の使用証明書

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------|----------|
| 所 属 | 大分県総務部人事課 | 認定番号 | 〇〇〇〇〇〇〇〇 |
| 氏 名 | 大分 太郎 | 傷 病 名 | 外傷性脳内血腫 |
| * 医師の所見 | | | |
| タクシー等を利用して通院しなければならなかった理由及び期間 傷病の部位及び状況、通院の頻度 等具体的に記載してください | | | |
| (理 由) | | | |
| ・意識障害を起こす可能性があり、運転は危険と判断したため。なお、下記期間以降はリスク低下のためタクシーの使用は不要と考えます。 | | | |
| 期 間 | 令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで | | 5 日間 |
| 上記のとおりであったことを証明します。 | | | |
| 令和〇〇年〇〇月〇〇日 | | | |
| 名 称 | | 〇〇総合病院 | |
| 医療機関の 所在地 | | 大分市〇〇 | |
| 医師の氏名 | | 九州 次郎 | 印 |

- 被災職員は、*印の欄には記入しないこと。
- 通院のため、タクシー等を必要とした場合、医師の所見欄にその病状・理由・期間等を記載してもらうこと。なお、タクシー利用のときは、必ず領収書を添付すること。