

タクシー等の使用証明書

所 属		認 定 番 号	
氏 名		傷 病 名	
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			
(医師の所見)			
(期 間)	年 月 日から		日間
	年 月 日まで		
上記のとおりであったことを証明します。			
	年 月 日		
	医療機関の	{ 所在地 名 称 担当医師	印

(注) 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。