経路の証明（内訳書）

様

日付	年　　月　　日　～　　年　　月　　日			
番号	交通費	行程	保険適用	保険適用外
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
合計			円	円

以上のとおりであることを証明します。

令和　　年　　月　　日

保険医　住所

ﾌﾘｶﾞﾅ
氏 名（署名）

（あて先）長崎市長