



## 記入例

## 移送費支給申請書

1 2 ページ

全国健康保険協会 船員保険部

船員保険 被保険者  
家族 移送費 支給申請書

移

## 被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)欄	① 記号番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2 3								
	② 個人番号 (マイナンバー)										
	記号番号を記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)の記入は必要ありません。(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要です。										
	③ 被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ) センボ タロウ 船保 太郎									
	④ 生年月日	〔西暦〕 平成 〔西暦〕 令和	○	○	0	1	2	3			
	⑤ 住所	郵便番号	1	0	2	-	8	0	1	6	電話番号 (日中の連絡先)

⑥ 振込希望口座	公金受取口座の利用について	1. 希望する 2. 希望しない	「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は不要です。					
	公金受取口座の利用について「2. 希望しない」を選択された場合は、以下振込先情報をご記入ください。							
	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> その他の銀行			<input type="checkbox"/> 本店(本所) <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 支店(支所)			
	預金種別	〔普通〕 〔当座〕		カタカナでご記入ください。				
	口座番号			口座名義				
	③の名義以外の口座に振込を希望される場合のみご記入ください。							

⑦ 受取代理人の欄	④ 保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委託します。					令和 年 月 日
	氏名						住所 「被保険者欄⑤」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	氏名	(フリガナ)			被保険者との 関係	
		住所	(郵便番号 - ) 電話番号 (日中の連絡先)			( )	

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階  
全国健康保険協会 船員保険部

1

資格情報のお知らせ・資格確認書、等に記載されている記号番号をご記入ください。マイナンバーをご記入された場合は本人確認書類が必要です。詳細は⑤をご確認ください。

2

船員である(あった)被保険者(疾病任意継続被保険者を含む)の氏名をご記入ください。被保険者が亡くなられ、生計を同じくされていたご家族の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所・振込口座も同様です。)なお、④欄の生年月日は被保険者のものをご記入ください。

3

公金受取口座の利用について「1:希望する」を選択された場合は、振込先口座のご記入は不要です。  
※被保険者が亡くなった場合は公金受取口座の利用はできませんので、「2:希望しない」を選択のうえ、振込希望口座をご記入ください。

4

③の申請者名義以外の口座に振込を希望される場合は、必ずご記入ください。

記入内容を訂正した場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、正しい内容をご記入ください。

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

R8.1  
受付日付印

5

①の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記入は不要です。

被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です。貼付台紙に⑦①どちらも貼付し、申請書に添付してください。

⑦身元確認を行うための書類(いずれか1点)

- ・被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー  
その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー

①番号確認を行うための書類(いずれか1点)

- ・被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、個人番号通知のコピー(記載情報と現況に相違のないもの)、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

※1 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。

※2 船員保険部のホームページからダウンロードできます。(印刷環境がない場合はご連絡ください。)

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階  
全国健康保険協会 船員保険部

1

R8.1



被保険者  
船員保険 家族 移送費 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

申請内容	⑧ 移送を受けた方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)		被保険者との続柄	本人	
	⑨ 受診者 ※被保険者の場合、 ⑨の記入は不要です。	氏名	生年月日 〔西暦〕 年 月 日 〔平成〕 〔令和〕			
	⑩ 傷病名	脳梗塞		発病 または 負傷年月日	〔西暦〕 〔平成〕 ○ 年 1 月 2 日 〔令和〕	
	⑪ ⑥ 発病または負傷の 原因を詳しく	休暇中に離島にて、急に意識を失った。 ※「ケガ」の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。 第三者の行為によるもの場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください。				
	⑫ 外国で診療介護または 移送を受けるに至った 症状経過及び理由					
	⑬ 診療等の支給または 手当を受けた病院 あるいは診療所(医院)	名称	○○診療所	診療を担当した 医師等の名前	○○ ○○	
		所在地	東京都千代田区飯田橋 ○○一△△			
	⑭ 移送を受けた区間、 移送期間及び 費用の請求	⑦ 移送経路	○○島 から 飯田橋 まで			
		⑧ 移送後	〔入院〕 <input checked="" type="checkbox"/> 〔入院外〕	移送先	○○総合 病院	
		⑨ 移送期間	〔西暦〕 ○ 年 1 月 2 日から 〔西暦〕 ○ 年 1 月 2 日まで 〔令和〕	〔西暦〕 ○ 年 1 月 2 日まで 〔令和〕		
		移送回数	1 回	⑩ 移送に要した 費用	100,000 円	
		距離	50 Km	利用交通機関	飛行機等	
	⑮ 移送を必要と する理由	(症状その他具体的に記入してください。 また付添人が必要な場合は人数とその必要な理由を併記してください。)  意識不明の状態であり、離島の診療所設備では十分な治療ができず、 医師の指示で緊急に転院したため。また、移送中の急変にそなえ、医 師の付き添いが必要と判断された。				
	⑯ 付添人の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(付添人の氏名) ○○○○ (付添人の住所) ○○○○			

6

どのような症状、状況だったのかを具体的に記入してください。

7

移送を受けた区間について具体的に記入してください。

8

移送が行われた期間の始めと終わりの日をご記入ください。

9

領収書(領収明細書)に記載されている金額をご記入ください。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

全国健康保険協会 船岡保険課		1 2 ページ																																														
船岡保険 保険者 家族 移送費 支給申請書																																																
被保険者(申請者)記入用																																																
被 保 険 内 容	①	移送を希望の方	□ 被保険者本人 □ 指定者(家屋)	被保険者(家屋)の 概要	②	安 全 主な移送の理由 (車椅子等の不自由な方等) 主な移送の方法			③	係 種 名			④	免 税 は じ 原因と詳しく述べ 記入欄			⑤	外傷で診療券を貰ひ 移送を希望する事等の 移送の状況(要確認)			⑥	診療券の交付された時は 手渡しを受けた病院の あるいは受取人(医師)			⑦	手渡す受け取る区域、 持込運送機及び 負担の額			⑧	被保険者(家屋)の 概要			⑨	被保険者(家屋)の 概要			⑩	被保険者(家屋)の 概要			(被保険者の年齢を記入してください) (被保険者の性別を記入してください) (被保険者の年齢と性別を記入してください) (被保険者の年齢と性別を記入してください)				付込人の有無 □ 有 □ 無 (付込人の氏名) (付込人の性別)			
	①	移送を希望の方	□ 被保険者本人 □ 指定者(家屋)	被保険者(家屋)の 概要																																												
	②	安 全 主な移送の理由 (車椅子等の不自由な方等) 主な移送の方法																																														
	③	係 種 名																																														
	④	免 税 は じ 原因と詳しく述べ 記入欄																																														
	⑤	外傷で診療券を貰ひ 移送を希望する事等の 移送の状況(要確認)																																														
	⑥	診療券の交付された時は 手渡しを受けた病院の あるいは受取人(医師)																																														
	⑦	手渡す受け取る区域、 持込運送機及び 負担の額																																														
	⑧	被保険者(家屋)の 概要																																														
	⑨	被保険者(家屋)の 概要																																														
⑩	被保険者(家屋)の 概要																																															
(被保険者の年齢を記入してください) (被保険者の性別を記入してください) (被保険者の年齢と性別を記入してください) (被保険者の年齢と性別を記入してください)																																																
付込人の有無 □ 有 □ 無 (付込人の氏名) (付込人の性別)																																																

申請書は、家族(被扶養者)の  
移送費支給申請書であっても、被保険  
者ご自身がご記入ください。

被保険者が亡くなった場合は、  
生計を同じくされていたご家族の方が  
ご記入ください。

添付書類をご用意ください。(コピーと指定していないものは原本が必要です。)

※添付書類のうち、外国語で記載されているものは、翻訳文を添付してください。  
(翻訳文には、翻訳者が署名し住所および電話番号を明記してください。)

① 移送に要した費用の領収書、および、その明細がわかるもの

② 以下の事項を記載した医師または歯科医師の意見書(※1)

- 移送を必要と認めた理由(付添いがあったときは、併せてその付添いを必要と認めた理由)
  - 移送経路、移送方法および移送年月日
  - 診療年月日
  - 医師または歯科医師の記名

※被保険者が亡くなられ、生計を同じくされていたご家族の方が申請する場合は、以下のものを併せてご用意ください。

- 亡くなられた方の「住民票除票」および申請者の「住民票」  
○被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等

## 注意事項

※通院等、一時的・緊急的とは認められない場合は、移送費の支給の対象とはなりません。

※1 ホームページから印刷できます。(印刷環境がない場合は、船員保険部までご連絡ください。)



## 移送費の支給要件等

### 支給を受ける条件

病気やけがで移動が困難なとき、医師の指示で一時的・緊急的必要があり、移送された場合は、移送費を支給します。移送費の支給は、次のいずれにも該当するものと船員保険部が認めた場合に行われます。

- ① 移送の目的である療養が、保険診療として適切であること
- ② 療養の原因である病気やけがにより移動が困難であること
- ③ 緊急・その他やむを得ないこと

### 支給額

- 移送費の額は、移送の原因となった病気・けがの状態に応じた、最も経済的な通常の経路及び方法により移送された場合の費用に基づいて算定した額の範囲での実費です。
- 医師・看護師等付添人の交通費については、医学的管理が必要であると医師が判断した場合に限り、原則として1人までの交通費を移送費に含めて算定することができます。

※移送費の支給が認められる医師、看護師等の付添人による医学的管理等について、費用を支払った場合は、移送費とは別に診療報酬に基づく療養費が支給されます。