

移送を必要とした意見書

傷病名	脳梗塞		船員保険で療養を開始した日	令和 3 年 1 月 2 日		
必要と認められた移送の明細	1	令和 3 年 1 月 2 日	飛行機等	〇〇島 飯田橋 から まで	1	000 Km
	2	令和 年 月 日		から まで		
傷病の経過 および具体的な 処置の概要	③					
傷病の現状 および 処置内容	④					
移送を 必要と 認めた 理由	⑤ (本欄を記入するときは下記※印に留意ください)					
上記の理由で移送の必要を認めました。 令和 年 月 日 医療機関名 住所 医師氏名 電話 局 () 番						

① 療養担当者（医師等）に証明を受けてください。

<療養担当者の方へ>

② 左記の傷病名について、その傷病の初診日を記入してください。

③ 傷病の経過および具体的な処置の詳細を記入してください。

④ 傷病の現状および処置内容の詳細を記入してください。

⑤ 移送を必要と認められた理由の詳細を記入してください。

添付書類について

1. 支払の事実および金額（運賃等の内訳）等がわかる領収証（原本）を添付してください。
2. 第三者による傷病の場合は、「第三者行為による傷病届」を提出してください。
3. 下船後の療養補償に相当する療養を受けるための移送の場合は、療養補償証明書の写しを添付してください。

移送費の支給要件等

※ 支給を受ける条件

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. 移送の目的である傷病により、移動が著しく困難であること。
3. 緊急、その他やむを得ないこと。

■ 支給額

- ・最も経済的な通常の経路および方法により、移送された場合の費用として保険者が算定した額が支給されます。（実際にかかった額が移送費として算定した額を超えた場合、差額は患者負担となります。）
- ・医師、看護師等付添人にかかる費用については、医師が医学的管理の必要と判断した場合に限り、原則1人分の片道交通費が支給されます。（付添人の日当等の人件費等は「療養費」として支給されます。）