

船員保険 被保険者 移送費支給申請書

被保険者名 氏名			生年月日	昭和 年 月 日 平成		
被保険者証の 記号番号			職 種			
船舶所有者 の住所氏名						
被扶養者が移送 を受けたときは その者の	氏名		生年月日	昭和 年 月 日 平成 令和	被保険者 との続柄	
発病又は負傷の 原因を詳しく						
外国で診療看護又は移 送を受けるに至った症 状経過および理由				転 帰		
				治 死 繰 転 中 ゆ 亡 越 医 止		
診療等の支給又は 手当を受け又は 病院あるいは診 療所(医院)の	名称			診療を担当した 医師等の氏名		
	所在地					
移送を受けた区 間、移送期間及び費用 の請求	区 間	から		移送後	入院：入院外	
		まで		移送先	病院	
	移送期間(支給期間)		移送回数	移送に要した費用の額		利用交通機関
	自	年 月 日	至	年 月 日	回	円
上記のとおり申請します。			令和 年 月 日			
		被保険者 住所 (申請者) 氏名				
全国健康保険協会船員保険部長 殿						
振込希望口座	支払区分	1 金融機関				
		金融機関コード		銀行 金庫 信組	店・本店 支店・出張所	
				信連・信漁連 農協・漁協	本所・支所 本店・支店	
		預金 種別	1：普通 2：当座 3：その他	口座 番号	口座名義	(刀カ+)

給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振り込みを希望される)場合に記入してください。

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日				
	被保険者 住所 (申請者) 氏名				
	代理人の名 氏			委任者と 代理人 との関係	
	代理人の住 所	(〒 -)		電話 ()	

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

移送を必要とした意見書

医師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	傷病名		船員保険で療養を開始した日	令和 年 月 日			
	必要と認められた移送の明細	1	移送の年月日	利用交通機関	区画	回数	料程
		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						
	傷病の現状 および 処置内容						
	移送を必要と認められた理由		(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					

記入上の
注意事項

訂正したところは各記入者が二重線で削除して訂正してください。

※ 船員保険における移送費は主に下記のようなときに支給を受けることができます。

- (1) 傷病のため病院まで歩行することができないか、極めて困難なとき（通院を除く）。
- (2) 航空機による移送のとき。
 - ア. その医療施設では診療が不可能か著しく困難であるとき。
 - イ. 傷病が特に緊急の状態にあるため船舶による送還が時間的に不適當であるとき。
 - ウ. 内地へ移送する時日が、他の地への移送に要する時日より著しく長くないとき。