

# 船員保険 被保険者 移送費支給申請書

被保険者名		生年月日	大正 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 平成 年 月 日 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 癒	死 亡						
				繰 越	中 止						
診療等の支給又は手当を受けた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					
全国健康保険協会船員保険部長 殿		被保険者 住所 (申請者) 氏名		印							

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	(フリガナ)	

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										印
	受取人の氏名と印				委任者と代理人との関係						
受取人の住所	(〒 - )										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	平成 令和 年 月 日			
	必要と認め 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	平成 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 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。			平成 令和	年	月	日	
医療機関名							
住 所							
医師氏名・印			Ⓜ				
電話			局 (       ) 番				

(記入上の注意事項)  
(1) 訂正したところは各記入者の印と同じ訂正印を押してください。  
(2) 印ははつきり押し、印もれないようにしてください。

- ※ 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う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。