

移送を必要とした意見書

医師が記入するところ	対象者氏名						
	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	移送の年月日	利用交通機関	区画	回数	料程	
	1	令和			から		
		年 月 日			まで		
	2	令和			から		
		年 月 日			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						

- ※ 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。

〔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。