



船員保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

申請 内容	⑦	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
	⑧	受診者 ※被保険者の場合、⑦の記入は不要です。	氏名		生年月日	{平成}年 {月} 日
	⑨	傷病名	脳梗塞		発病または負傷年月日	{平成}年 1 月 2 日
	⑩	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。			
	⑪	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				
	⑫	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	〇〇診療所	診療を担当した医師等の名前	〇〇 〇〇
			所在地	東京都千代田区飯田橋 〇〇-△△		
	⑬	移送を受けた区間、移送期間及び費用の請求	⑦ 移送経路	〇〇島 から 飯田橋 まで		
			移送後	{入院} {入院外}	移送先	〇〇総合病院
			⑧ 移送期間	{平成}年 1 月 2 日から {平成}年 1 月 2 日まで		
			移送回数	1 回	⑨ 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
	⑭	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。			
	⑮	付添人の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		(付添人の氏名)	〇〇〇〇
					(付添人の住所)	〇〇〇〇

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。

12 ページ

船員保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書

被保険者(申請者)記入用	
1	記号(漢字・数字)
2	被保険者の氏名(申請者)
3	生年月日
4	住所
5	家族構成
6	家族構成
7	家族構成
8	家族構成
9	家族構成
10	家族構成
11	家族構成
12	家族構成
13	家族構成
14	家族構成
15	家族構成
16	家族構成
17	家族構成
18	家族構成
19	家族構成
20	家族構成
21	家族構成
22	家族構成
23	家族構成
24	家族構成
25	家族構成
26	家族構成
27	家族構成
28	家族構成
29	家族構成
30	家族構成
31	家族構成
32	家族構成
33	家族構成
34	家族構成
35	家族構成
36	家族構成
37	家族構成
38	家族構成
39	家族構成
40	家族構成
41	家族構成
42	家族構成
43	家族構成
44	家族構成
45	家族構成
46	家族構成
47	家族構成
48	家族構成
49	家族構成
50	家族構成
51	家族構成
52	家族構成
53	家族構成
54	家族構成
55	家族構成
56	家族構成
57	家族構成
58	家族構成
59	家族構成
60	家族構成
61	家族構成
62	家族構成
63	家族構成
64	家族構成
65	家族構成
66	家族構成
67	家族構成
68	家族構成
69	家族構成
70	家族構成
71	家族構成
72	家族構成
73	家族構成
74	家族構成
75	家族構成
76	家族構成
77	家族構成
78	家族構成
79	家族構成
80	家族構成
81	家族構成
82	家族構成
83	家族構成
84	家族構成
85	家族構成
86	家族構成
87	家族構成
88	家族構成
89	家族構成
90	家族構成
91	家族構成
92	家族構成
93	家族構成
94	家族構成
95	家族構成
96	家族構成
97	家族構成
98	家族構成
99	家族構成
100	家族構成

12 ページ

船員保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書

被保険者(申請者)記入用					
1	移送を受けた方	2	申請者(家族)	3	被保険者の住所
4	氏名	5	住所	6	生年月日
7	住所	8	生年月日	9	住所
10	氏名	11	住所	12	生年月日
13	住所	14	生年月日	15	住所
16	氏名	17	住所	18	生年月日
19	住所	20	生年月日	21	住所
22	氏名	23	住所	24	生年月日
25	住所	26	生年月日	27	住所
28	氏名	29	住所	30	生年月日
31	住所	32	生年月日	33	住所
34	氏名	35	住所	36	生年月日
37	住所	38	生年月日	39	住所
40	氏名	41	住所	42	生年月日
43	住所	44	生年月日	45	住所
46	氏名	47	住所	48	生年月日
49	住所	50	生年月日	51	住所
52	氏名	53	住所	54	生年月日
55	住所	56	生年月日	57	住所
58	氏名	59	住所	60	生年月日
61	住所	62	生年月日	63	住所
64	氏名	65	住所	66	生年月日
67	住所	68	生年月日	69	住所
70	氏名	71	住所	72	生年月日
73	住所	74	生年月日	75	住所
76	氏名	77	住所	78	生年月日
79	住所	80	生年月日	81	住所
82	氏名	83	住所	84	生年月日
85	住所	86	生年月日	87	住所
88	氏名	89	住所	90	生年月日
91	住所	92	生年月日	93	住所
94	氏名	95	住所	96	生年月日
97	住所	98	生年月日	99	住所
100	氏名	101	住所	102	生年月日

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・緊急的の必要があり、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。