

別添1

契 約 書

(都道府県名) 社会保険事務局長 (局長氏名) (以下「甲」という。) と (医療機関名及び代表者氏名) (以下「乙」という。) は、船員に係る健康管理手帳制度の創設について (平成17年10月28日国海働第92号、庁保険発第1028001号) に基づく船員健康管理手帳 (以下「手帳」という。) を所持する者 (以下「手帳所持者」という。) に対する健康診断の実施に関し、次のとおり契約する。

第1条 甲及び乙は、ともに信義を重んじ、誠実に本契約を履行するものとする。

第2条 乙は、手帳所持者に対し、手帳に係る健康診断を実施し、甲は、乙が当該健康診断の実施に要した費用を乙の請求に基づき支払う。

第3条 前条の健康診断の実施方法、費用の額及び請求方法その他健康診断の実施に関し、必要な事項は甲が定める。

第4条 この契約の当事者は1か月前までに予告すれば、これを解除することができる。

第5条 この契約に定めるもののほか必要な事項については、随時甲及び乙が協議して定める。

第6条 この契約の有効期間は、平成〇〇年〇〇月〇〇日から平成〇〇年〇〇月〇〇日までとする。ただし、有効期間満了の1か月前までに甲乙から解除の意思表示がないときは、期間満了後1箇年間順次この契約を継続するものとする。

この契約締結を証するため、本証書2通を作成し、双方記名押印のうえ、各自1通を所持するものとする。

平成 年 月 日

甲 (都道府県名) 社会保険事務局長 (局長氏名) 印

乙 (医療機関名及び代表者氏名) 印

別添 2

契約書第 3 条の規定に基づき地方社会保険事務局長の定めるべき事項

- 1 船員健康管理手帳（以下「手帳」という。）を所持する者（以下「手帳所持者」という。）に対する健康診断は、地方社会保険事務局長と医療機関との話し合いにより適切な時期を定め、実施するものとする。
- 2 委託医療機関は、当該医療機関に所属する医師のうちから当該健康診断の実施に当たる医師を指名するものとする。この場合において、委託医療機関は、指名しようとする医師について、地方社会保険事務局長に通知するものとする。
- 3 委託医療機関は、地方社会保険事務局長から送付される船員健康管理手帳交付簿により、手帳所持者に対して健康診断の受診の案内を行うものとする。
- 4 委託医療機関は、手帳所持者の健康診断により、再検査または追加検査を行う必要が認められた者に対しては、当該健康診断の実施に当たる医師により、所見の説明等の必要事項の説明を行うものとする。
- 5 委託医療機関は、手帳所持者ががん等の重度の疾病に罹患している可能性があり、次の 9 に定める業務ごとの健康診断の検査項目の範囲を超えた精密検査を行う必要が認められた場合には、その精密検査の必要性及び当該精密検査は手帳による健康診断の範囲外であることを手帳所持者に説明のうえ、本人の了解を得たうえでの医療保険等による精密検査の実施または他の医療機関の紹介等適切な措置を講ずること。
- 6 委託医療機関は、手帳所持者の行う受診旅費の地方社会保険事務局長への請求、粉じんに係る手帳の健康診断の場合における手帳所持者の行う都道府県労働局長へのじん肺管理区分決定申請、じん肺管理区分が 2 または 3 に該当し合併症のある者及びじん肺管理区分が 4 に該当した者並びに中皮種等になった者に対する船員保険の職務上給付の請求について、手帳所持者に対し必要な指導を行うこと。
- 7 委託医療機関が健康診断に要した費用の請求を行う場合は、当該健康診断を実施した月の翌月の 15 日までに船員健康管理手帳所持者に係る健康診断費請求書（様式 1）及び船員健康管理手帳所持者に係る健康診断費内訳書（様式 2）を地方社会保険事務局長に提出して行うものとする。
- 8 健康診断費の支払は、請求のあった日から 30 日以内に行うものとする。

9 健康診断費の単価は、次のとおりであること。

(1) 粉じん業務関係

- ① 胸部臨床検査まで行ったもの 7,400円
- ② 肺機能検査でスパイロメトリー及びフローボリューム曲線による検査を行った場合は3,200円を、動脈血ガス分析検査を行った場合は4,500円を加算する。
- ③ 結核精密検査で結核菌検査を行った場合は4,400円を、蛍光抗体法による細菌顕微鏡検査を行った場合は600円を、喀痰細胞診を行った場合は4,000円を、特殊撮影によるエックス線検査のうちで側面像の単純撮影を行った場合は2,000円を、コンピュータ断層撮影を行った場合は19,200円を若しくはそれ以外の断層撮影を行った場合は5,700円を、赤血球沈降速度検査を行った場合は1,500円をまたはツベルクリン反応検査を行った場合は900円を加算する。
- ④ 肺結核以外の合併症の検査で、結核菌検査を行った場合は4,400円を、蛍光抗体法による細菌顕微鏡検査を行った場合は600円を、特殊撮影によるエックス線検査のうちで側面像の単純撮影を行った場合は2,000円を、斜位像の単純撮影を行った場合は2,000円を、コンピュータ断層撮影を行った場合は19,200円を、それ以外の断層撮影を行った場合は5,700円をまたは気管支造影を行った場合は9,500円を加算する。

(2) 石綿業務関係

- ① エックス線写真による検査まで行ったもの 7,400円
- ② 特殊な撮影法によるエックス線写真による検査のうちで、コンピュータ断層撮影を行った場合は19,200円を、それ以外の断層撮影を行った場合は5,700円を加算する。
- ③ 喀痰の細胞診を行った場合は4,000円を加算する。
- ④ 気管支ファイバースコープ検査を行った場合は18,000円を、気管支鏡検査を行った場合は6,000円を加算する。

なお、医師が必要であると認めて生検及び病理学的検査を行った場合は、更に14,400円を加算する。

10 委託医療機関は、実施した健康診断の結果を手帳の所定欄に記載すること。

様式 1

船員健康管理手帳所持者に係る健康診断費請求書

| | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|---|--|--|---|
| 請求金額 | | | | | 千 | | | 円 |
|------|--|--|--|--|---|--|--|---|

ただし ほか 名に対する船員健康管理手帳に係る健康診断費内訳は次のとおり

| 健康診断の種類 | 内訳書添付枚数 | 健康診断費請求額 |
|---------|---------|----------|
| じん肺 | 枚 | 円 |
| 石綿 | 枚 | 円 |

上記の金額を請求します。

平成 年 月 日

請求人（委託医療機関）の 郵便番号

住 所

名 称

責任者氏名

印

電話

社会保険事務局長 殿

(注) 請求金額の頭部には、「〒」を付してください。

| | | | |
|------------------------------|------------|---------|-------|
| 上記の健康診断費は、右記銀行の口座へ振り込んでください。 | (請求人) 印 | 銀行 店 | 当座・普通 |
|------------------------------|------------|---------|-------|

様式2

船員健康管理手帳所持者に係る健康診断費請求内訳書
(種類)

| | | | |
|-----------------|-----|---------------|----------|
| 委託医療 機関の番号 | 第 号 | 委託医療 機関の名称 | |
| 船員健康管理 手帳の番号 | 第 号 | 健康診断 実施年月日 | 平成 年 月 日 |
| 社会保険 事務局名 | | 支 払 額 | 円 |
| 健康診断受診者氏名 | | (歳) | |

| 健康診断の内容 | | 金額 | | 摘要 |
|------------------|--|----|--|----|
| 検 査 項 目 | | 円 | | |
| そ の 他 | | | | |
| 合 計 | | | | |

(種類) の欄には、じん肺または石綿の別を記入すること。

様式 4

船員健康管理手帳に係る健康診断受診旅費請求書

社会保険事務局長 殿

私は、 において、平成 年 月 日に実施された健康診断を受診したので、その受診旅費を請求します。

平成 年 月 日

| | | | | |
|-----------------|-----|---------------------|---------|---|
| 氏 名 | 印 | 船 員 健 康 管 理 手 帳 番 号 | 第 | 号 |
| 住 所 | 〒 | | | |
| 払 渡 希 望 金 融 機 関 | 銀 行 | 店 口 座 番 号 | 当 座 普 通 | |

受診旅費 _____ 円

| 年 月 日 | 区 間 | 利 用 交 通 機 関 | | | 宿 泊 料 | 合 計 |
|-------|-----|-------------|-------|-------|-------|-----|
| | | 船 賃 | 鉄 道 賃 | バ ス 賃 | | |
| | | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | | 円 | 円 | 円 | | 円 |

- (注) 1 受診旅費の請求は、「船員健康管理手帳に係る健康診断受診旅費請求書」によって受診した都度請求してください。なお、請求書は受診した日から一週間以内に提出してください。
- 2 健康診断を受けるのに宿泊が必要な場合は、管轄の社会保険事務局へ照会のうえ請求してください。なお、請求する場合は、必ず領収書を添付してください。
- 3 不明な点でお聞きになりたいことがありましたら、管轄の社会保険事務局へ照会してください。

様式5

船員健康手帳所持者に係る健康診断実施状況

社会保険事務局

| | | | |
|---------------|-----|---------------|--|
| 委託医療 機関の番号 | 第 号 | 委託医療 機関の名称 | |
|---------------|-----|---------------|--|

<石綿>

| 健康診断 実施年月日 | 船員健康管理 手帳の番号 | 健康診断 受診者氏名 | 健康診断の内容等 |
|---------------|-----------------|---------------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

<じん肺>

| 健康診断 実施年月日 | 船員健康管理 手帳の番号 | 健康診断 受診者氏名 | 健康診断の内容等 |
|---------------|-----------------|---------------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |