

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日

決議書			
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

承認	方法	
	回数	
	費用	円
不承認		

被保険者
被扶養者 **移送承認申請書・移送届**

				年	月	日
法政大学健康保険組合理事長殿						
				住所		
				被保険者	氏名	
下記のとおり申請します。						
被保険者証の 記号・番号			事業所 の名称			
発病または負傷の 年月日	年 月 日					
傷病の原因						
医師または 歯科医師の 意見	傷病名		移送 年月日			
	移送を必要 とした事由					
	移送の方法 区間及回数		費用の見積額 (移送後の ときは実費)			
	うえのとおり移送の必要を認めます。 年 月 日 住所 医師または歯科医師の 氏名					
やむを得ない事由で 移送後に届出るとき はその事由						
申請または届が 被扶養者に関するとき	氏名		生年月日	昭 平 令	年 月 日	被保険 者との 続柄

(注) やむを得ない事由で移送後に届出るときは移送届とし、領収書または証明書(電車賃等公定のもの)は実際に移送を行ったことを証するに足るものを添えること。

ご記入いただいた個人情報は、「法政大学健康保険組合が保有する個人情報の利用目的の公表について」に記載された目的以外には使用いたしません。