

所属所名	
組織コード	
所属所電話番号	( ) -

人 間 ・ 脳 ド ッ ク  
配 偶 者 人 間 ド ッ ク 辞 退 届  
女 性 の た め の が ん 検 診

組合員氏名				配偶者の 氏 名	※配偶者人間ドックのみ記入
組合員証番号					
受診決定コース (右記の該当する欄に ○をつけてください)		人 間 ド ッ ク	決定健診機関名		
		脳 ド ッ ク			
		配 偶 者 人 間 ド ッ ク			
		女性のためのがん検診			
受診決定期日		令和 年 月 日			
辞 退 の 理 由	右 欄 に ○ を 記 入	・健康上の理由による辞退			
		・その他 業務等の都合による辞退（業務・出張名称等を記入）			
健診機関への辞退連絡日		令和 年 月 日			
上記のとおり提出します。					
令和 年 月 日					
公立学校共済組合茨城支部長 殿					
組合員氏名					

《注意事項》

- ※ FAXでの報告で構いません。（送り状不要）
- ※ 辞退届を提出する前に健診機関及び共済組合に電話連絡してください。
- ※ 辞退届提出後に何らかの理由でドック等を受診した場合は、補助がありませんので注意してください。（補助分を差引き会計された方は、後日その相当分を共済組合に返金していただきます。）