

## 人間ドック取消・変更報告書 (FAX用)

※注意※

原則として、手続きは報告フォームから行ってください。

報告フォームが使用できない場合のみ、こちらの様式を御使用ください。

受診日に変更が生じたので、下記のとおり報告します。

記

|                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 所 属 名                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 所属コード番号                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 受 診 者 氏 名                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 職 員 番 号                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ド ッ ク 種 別                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> へき地等 <input type="checkbox"/> PET/CT <input type="checkbox"/> 女性<br><input type="checkbox"/> 被扶養配偶者（組合員氏名：                                  ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 健 診 機 関 名                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 宮崎医師 <input type="checkbox"/> 善仁会 <input type="checkbox"/> 古賀駅前 <input type="checkbox"/> 野崎病院 <input type="checkbox"/> 藤元・宮崎<br><input type="checkbox"/> 健康づくり <input type="checkbox"/> 宮崎江南 <input type="checkbox"/> 日南中部 <input type="checkbox"/> 串間市民 <input type="checkbox"/> 鶴田病院<br><input type="checkbox"/> 川南病院 <input type="checkbox"/> 都城健康 <input type="checkbox"/> 藤元・都城 <input type="checkbox"/> 園田病院 <input type="checkbox"/> 和田病院<br><input type="checkbox"/> 延岡医師 <input type="checkbox"/> 黒木病院 <input type="checkbox"/> 共立病院 <input type="checkbox"/> 労衛研延岡 <input type="checkbox"/> 五ヶ瀬町<br><input type="checkbox"/> 宮崎鶴田記念（P E T／C T） |
| 取消・日程変更の別                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 変更                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 現在の受診予定日                                                                                                                                                                                                           | 令和      年      月      日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 変更後の受診予定日                                                                                                                                                                                                          | 令和      年      月      日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 取消・変更の理由                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 公      務 <input type="checkbox"/> 学校行事 <input type="checkbox"/> 出      張 <input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 病院の都合<br><input type="checkbox"/> オプションの都合 <input type="checkbox"/> その他（理由：                                  ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 日程変更後の<br>所属所への通知                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要<br><small>※所属所への通知が必要な場合のみ通知文を送付します。不要及び取消の場合は送付しません。</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>取消・日程変更の手続きについて</b><br>※出張・学校行事などでやむを得ず受診できない場合のみ変更できます。<br>（処理方法）<br>① 所属長の了解のうえ、病院に連絡して、取消・変更日を決めてください。<br>② 取消・変更日が決まったら、上記の事項を記入して当支部へ受診者本人がFAXしてください。<br>③ 服務の関係がありますので、日程変更の場合は、所属長と事務担当者に変更内容を必ず伝えてください。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

公共学校共済組合宮崎支部福利厚生担当

(FAX 0985-25-7137)

|      |                         |
|------|-------------------------|
| 報告日  | 令和      年      月      日 |
| 電話番号 |                         |