

被扶養配偶者ドック（取消・変更）報告書

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			
ふ り が な		被扶養配偶者氏名	
組 合 員 氏 名		ふりがな	
職 員 番 号		氏名	
ドック種別	被扶養配偶者ドック		
健診機関名	<input type="checkbox"/> 藤元総合病院附属予防医療クリニック（宮崎市） <input type="checkbox"/> 藤元総合病院附属予防医療プラザ（都城市） <input type="checkbox"/> 黒木病院（延岡市）		
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	※原則として取消・変更はできません。必ず記入ください。		
日程変更後の 所属所への通知	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 <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>		
※原則として取消・変更はできません。ただし、どうしてもやむを得ず受診できない場合は下記の手続きをお願いします。 （処理方法） ① 病院に連絡して、取消・変更日を決めてください。 ② 所属長と事務担当者に組合員を通して変更内容を伝えてください。 ③ 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被扶養配偶者本人または組合員がFAXしてください。			

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	