

令和8年度 ストレスドック受診取消申出書

所属所受付印

公立学校共済組合奈良支部事務局長 殿
(一財)奈良県教職員互助組合事務局長 殿

令和 年 月 日

所属所コード

所属所名

所属所TEL

受診決定を受けましたが、下記のとおり受診取消を申し出ます。

受診取消者氏名等

| | |
|-------|-------------|
| 組合員番号 | |
| フリガナ | |
| 氏名 | |
| 生年月日 | S . H 年 月 日 |

(注意)

- ・ 未予約の場合でも提出してください。
- ・ 資格喪失日以後受診した場合は、後日共済組合負担額を返納していただきます。

FAX提出可 0742-22-0259