

公立学校共済組合新潟支部長 様

氏名(署名) _____

器官別検診 検診機関変更届

このことについて、下記のとおり検診機関の変更を申し込みます。

所属名 コード印		職員氏名 コード印	
所属住所	〒		
所属電話番号			
器官別検診種類（該当を○で囲んでください）			
・子宮がん ・乳がん ・大腸がん ・骨粗しょう症 ・前立腺がん ・肺がん			
検診機関変更理由			
検診機関において、予定の器官別検診を実施しないため。			
	検診機関番号	検診機関名	受診日
当初承認検診機関			月 日
変更後検診機関			月 日

■ 検診機関の変更手順 ■

- 1 検診機関の変更を希望する者（検診機関変更者）は、共済組合（TEL:025-283-5170）へ、検診機関を変更したい旨、連絡する。
- 2 検診機関変更者は、受診を希望する検診機関へ連絡し、受診の予約を行う。
- 3 検診機関変更者は共済組合の了解を得た後、現在承認されている検診機関へ「別の検診機関で受診するため、受診を辞退する」ことを連絡する。
- 4 検診機関変更者は、本様式を共済組合へ提出する。
- 5 共済組合は、本様式が提出された後、変更を承認した旨、変更後の検診機関へ通知する。

* 共済組合使用欄

変更承認番号 _____

検診機関の長 様

上記記載のとおり、変更を認めました。

年 月 日

公立学校共済組合新潟支部長