



島根支部 F A X 番号 0852-31-9631 (添書不要)

公立学校共済組合島根支部 保健事業担当あて

受診が決定した健診機関に連絡済みです。  
※口に必ずチェックを付してください。

※キャンセルや受診日の変更を行う場合は、まずは健診機関に連絡をし、その後、この連絡票をFAX又は郵送で共済組合に提出してください。

<受診日を変更をする場合>

令和 年 月 日

健診機関と調整し、下記のとおり受診日を変更しましたので報告します。

フリガナ		保険証 (被扶養 者証) 番号	
受診者氏名			

組合員の 所属所名	
--------------	--

健診機関名	
	注:決定した健診機関でのみ日程変更可(他の健診機関への変更はできません)。
変更前受診日	令和 年 月 日
変更後受診日	令和 年 月 日

※変更後の受診日は、できる限り6月中にお願いします。

<キャンセルをする場合>

令和 年 月 日

健診機関に連絡し、人間ドックの受診をキャンセルしましたので報告します。

フリガナ		保険証 (被扶養 者証) 番号	
受診者氏名			

組合員の 所属所名	
--------------	--

健診機関名	
決定していた 受診日	令和 年 月 日

(郵送の場合の送付先)

〒690-8502 松江市殿町1番地

公立学校共済組合島根支部 保健事業担当 あて

共済組合使用欄 (キャンセルの場合のみ)	受診券 発行日	
-------------------------	------------	--