

FAX 可 023-641-6779

令和5年度被扶養者健康診断キャンセル・受診日変更届

令和5年 月 日

公立学校共済組合山形支部事務局長 殿

1 届出内容(該当する箇所に○を付してください。)

キャンセル ・ 受診日変更

健診機関へ連絡した日: 月 日

2 受診者名等

受診番号	
受診者氏名	
健診機関名	
当初決定受診日	月 日()
変更後受診日※	月 日()

※キャンセルの場合は、変更後受診日の欄は空欄となります。

【お願い】

- ・キャンセルの場合は、健診機関に必ず連絡してください。
- ・日程の変更については、直接健診機関と相談し、変更が可能となった場合のみ公立学校共済組合山形支部に御報告ください。