

人間ドックキャンセル・変更届（全ドック共用）〔受診決定者用〕

年 月 日

公立学校共済組合山形支部事務局長 殿
(FAX : 023-641-6779)

所属所名 : _____

担当者・電話番号 : _____

人間ドックのキャンセル・変更について、下記のとおり届け出ます。

記

1 該当者（※受診券をご覧のうえ、全てご記入ください。）

組合員番号※6ケタ	組合員氏名	受診番号	決定医療機関

2 受診決定区分

決定区分 ※いずれかを○で囲む	1 一泊二日(100) 3 脳ドック(700) 5 内視鏡付【胃部・大腸】(911)	2 日帰り(300) 4 脳と心のトータルケア付(511) 6 内視鏡付【胃部のみ】(912)
受診決定日	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()	
決定医療機関 ※いずれかを○で囲む	1 東北中央病院 ※事前に支部へ連絡	2 東北中央病院以外 ※医療機関の <u>承諾後</u> に届出提出 (医療機関への連絡日 月 日)

3 本届出の内容

※いずれかを○で囲む	a キャンセルの連絡 b 日程のみの変更希望の登録 c 医療機関及び日程の変更希望の登録	d キャンセル済の報告 e 日程変更承諾済の報告 ※医療機関の変更をご希望の方は事前に支部へご相談ください。
------------	--	--

b・c のみ

e のみ

変更希望	日 程 (※)	医 療 機 関 (※)	
		コード	名 称
第1希望			
第2希望			
第3希望			

日程変更承諾済の内容	
日 程	
医療機関 コード	
医療機関 名 称	

※変更を希望する場合、希望する日程及び医療機関は、令和7年3月13日付け公立山形第933号通知を確認ください。

特に希望日程が決まっていない場合は、ご都合のよいおおよその時期をご記入ください。(例：9～10月等)
空きが有る場合、所属所あてご連絡差し上げることがあります。

