

## 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 | 決定健診機関 |
|-----------|-------|------|--------|
|           |       |      |        |

## 2 受診決定区分（変更前の実施内容）

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

## 3 本届出の内容

|                |                    |
|----------------|--------------------|
| ※いずれかを<br>○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 コースの変更希望の登録      |
|                | d 健診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                  |
| ※健診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・dのみ

eのみ

| 変更希望 | 日 程 (※) | 健診機関 (※) |     |
|------|---------|----------|-----|
|      |         | 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           |  |
| 健診機関<br>コ ー ド |  |
| 健診機関<br>名 称   |  |

※変更を希望する場合、希望する日程及び健診機関は、「令和8年度ドック空き数一覧」及び令和8年3月12日付け公立山形第949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。