様式１
宛先：健康管理係（ＦＡＸ　０２５－２８４－２８８１）

年　　月　　日

公立学校共済組合新潟支部長　様

氏名（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

器 官 別 検 診 受 診 辞 退 届

このことについて、下記のとおり受診を辞退します。

記

１　職員所属・氏名

所　属　名 所属コード	職　員　氏　名 職員コード

２　種類（該当を〇で囲んで下さい）

・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

３　検診機関名　　検診機関番号（　　）

検診機関名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

４　受診予定日　　＿＿＿月＿＿＿日
（予約済の場合）

５　辞 退 理 由

（　　）

（注意）１　速やかに検診機関に取りやめの連絡をすること。

様式２

宛先：健康管理係（FAX 025-284-2881）

年　　月　　日

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（該当を〇で囲んでください）			
・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（℡: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