

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     | 職 員 氏 名   |
|-----------|-----------|
| 所 属 コ ー ド | 職 員 コ ー ド |
|           |           |

2 種類（該当を○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<br>コード印                          |        | 職員氏名<br>コード印 |     |
| 所属住所                                 | 〒      |              |     |
| 所属電話番号                               |        |              |     |
| 器官別検診種類（該当を○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（Tel: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