

**健診事業受診取消報告書**

(フリガナ) 受診取消者氏名	キョウサイ ハナコ 共済 花子	性別	男 ・ <b>女</b>
受診予定日 (指 定)	平成 ○年 ○月 ○日		
受診決定 医療機関名	○○○病院	医療機関 連絡日	平成 ○年 ○月 ○日
事業の種類 ※○印をつける	・3日コース ・脳ドック ・乳がん検診 ・セルフケアドック(3日コース・1日コース・脳ドック・若年ドック・乳がん検診・子宮がん検診)		
取 消 理 由	例 妊娠したため。等		
上記のとおり報告します。 平成 ○年 ○月 ○日 公立学校共済組合和歌山支部長 様 所属所コード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 所属所名 <u>○○○中学校</u> 組合員証番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 組合員氏名 <u>共済 花子</u> <span style="float: right;">印</span>			

※ 受診予定日が未決定である場合でも、必ず医療機関へ連絡した後に提出してください。  
 送付先：〒640-8585 和歌山市小松原通1-1 公立学校共済組合和歌山支部 経理班