

平成△△年10月1日

群馬県市町村職員共済組合理事長 殿

所属所長

○△市長
赤城一郎 印

人間ドック利用取消報告書

このことについて、下記のとおり取消が生じたので報告します。

記

決定者		区分	検査機関名	利用予定日	取消事由	検査機関報告日
記号番号	組合員氏名					
123-12345	共済 太郎	MR I 脳 日帰り 1泊	〇〇病院	△△年 12月5日	(都合がつかなくなったため等理由を記載してください。)	△△年 9月20日
123-12345	共済 太郎 (配偶者 共済 花子)	MR I 脳 日帰り 1泊	〇〇病院	△△年 12月5日	(都合がつかなくなったため等理由を記載してください。)	△△年 9月20日
		MR I 脳 日帰り 1泊		年 月 日		年 月 日
		MR I 脳 日帰り 1泊		年 月 日		年 月 日
		MR I 脳 日帰り 1泊		年 月 日		年 月 日
		MR I 脳 日帰り 1泊		年 月 日		年 月 日

受診者が被扶養配偶者の場合

(注) 取消者分の「人間ドック助成券」を添付すること。