

～受診辞退～

やむを得ずドック受診を辞退する場合は、医療機関へ連絡するとともに、この辞退届を記入して、教育庁福利課健康管理班あて御提出ください。

郵送 〒700-8570（住所不要）

岡山県教育庁福利課健康管理班

FAX 086-223-5517

令和 年 月 日

公立学校共済組合岡山支部長

殿

一般財団法人岡山県教育職員互助組合理事長

所属所名

組合員氏名

（組合員証番号）

被扶養配偶者人間ドック辞退届

このことについて、次のとおり辞退します。

なお、医療機関とは連絡・交渉済みです。

記

1 該当者（被扶養配偶者）氏名

2 既受診決定日 令和 年 月 日

3 実施医療機関名

4 辞退理由

--