

様式第 2 号（医療機関で変更を承諾した場合提出）

受 診 日 変 更 届

平成 年 月 日

公立学校共済組合山形支部事務局長 殿

（ FAX : 023-641-6779 ）

所属名 _____

以下のとおり、受診日の変更を医療機関に依頼し、受諾されましたのでお届けします。

組合員番号 _____
組合員氏名 _____
受診番号 _____
医療機関名 _____

当初決定受診日 平成 年 月 日
変更後受診日 平成 年 月 日