

医労連共済会 御中

年 月 日

FAX 03 (3876) 8263

## 行事スポット保険 中止・延期報告書

いずれかに 印	中 止 ・ 延 期
組 合 名	
加入申込者	
加入申込者 連絡先	(                    )
加入申込日	年      月      日
現・加入行事区分 (いずれかに 印)	1.日帰行事      2.国内旅行      3.海外旅行
現・加入コース	コース
行 事 内 容	
保 險 期 間	年 月 日      ~      年 月 日 (            )日間      ・      (            )ヶ月間
加 入 人 数	人
保 險 料	円
中止・延期の理由	
延期の場合の 開催予定日	年 月 日                      年 月 日 に変更 年 月 日                      年 月 日 に変更
備 考	

中止・延期当日の午前中までに「中止・延期報告書」と「加入者証」のコピーをFAXで報告してください。