

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。