



【リコー三愛グループ】変更・キャンセル報告票



総合健診及びスマイル健診の予約内容を変更・キャンセルする場合は、
受診者ご自身が健診機関へ連絡し、変更した内容や予約キャンセルした情報を代行会社
(株)LSIメディエンスへFAXまたは電話にてご報告ください。

基本情報となりますので、以下太枠内すべてご記入下さい。

カナ氏名	予約管理番号 (13ケタ)	
生年月日	19	年 月 日
会社名	FAX番号	

* 健診予約券に記載有(健診予約券発行前の場合は空欄可)

電話番号 — —

FAX番号 — —

■ 変更前の内容(必ずご記入下さい)

健診機関ID(5ケタ)

--	--	--	--	--

健診機関名称

受診日時

月 日 時 分

■ 変更後の内容 ※該当する①~④の口に✓をし、必要事項をご記入ください

①受診日変更

受診日時

月 日 時 分

※時間のみ変更の場合、ご連絡は不要です。
※日程変更の場合、健診予約券は再発行されません。
発行済の健診予約券を手書きで修正してください。

②検査項目変更

を追加

をキャンセル

③キャンセル

登録済の予約情報を一旦消しますので、再度Webからの
お申込をお願いいたします。 取消しには2・3日かかります。

なおハガキでお申込済みの方で再度申込ハガキでの
お申込をご希望の方は、下記へお問い合わせください。

- 社員の方→各社健康診断担当者
- 被扶養配偶者・任意継続の方
→リコー三愛グループ健保組合 TEL 03-3740-4779

④住所変更

(健診に関する郵便物のお届け先に変更がある場合はご記入
ください。)

〒 — 都道府県 市区町村

上記①~③の内容は
健診機関と調整済ですか？

- はい → FAXを送信して下さい
- いいえ → 健診機関と調整後、FAXを送信して下さい

〈送信先〉

FAX 03-5994-2131

株式会社LSIメディエンス

TEL 0120-507-066