

特定健診・特定保健指導データにかかる電子媒体送付書

徳島県国民健康保険団体連合会 行

特定健診・特定保健指導データの請求について、下記のとおり提出します。

提出年月日	年	月	日	提出
健診等機関番号				
健診等機関名称				
電話番号	()	担当者名		

実施種別	特定健康診査	特定保健指導	
実施月分	年	月実施分	
媒体種別	MO	FD	CD-R
媒体枚数	枚		

※ 実施種別及び媒体種別については、該当するものに○をしてください。
 なお、複数ある場合はすべてに○をしてください。

国保連合会 記入欄	システム受付月日	格納ファイル数
	月 日	