

特定健診・特定保健指導データにかかる電子媒体送付書

愛知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	平成 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	平成 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類については、該当に 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。