

**特定健診・特定保健指導のデータ請求に係る確認試験依頼書**

熊本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確認試験について、下記のとおり依頼します。

依頼年月日	平成 年 月 日提出					
実施機関番号 (医師会番号)						
実施機関名称 (医師会名称)						
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					
提出機関数 (取り纏め機関の場合に 記入してください。)	機関					

※1 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。

問い合わせ先

電話番号	-	-	担当者名	
------	---	---	------	--

平成 年 月 日

実施機関（医師会） 御中

熊本県国民健康保険団体連合会

上記にて依頼があった確認試験の結果について、下記のとおり通知します。

依頼件数	件	正当データ件数	件	エラーデータ件数	件
------	---	---------	---	----------	---

※エラー内容については、別添の受付エラー連絡書を御確認ください。