

特定健診・特定保健指導データにかかる電子媒体送付書（郡市区医師会等用）

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請求について、下記のとおり提出します。

提出年月日	令和 年 月 日提出								
郡市区医師会番号									
郡市区医師会名称									
実施種別	特定健康診査				特定保健指導				
実施月分	令和 年 月実施分								
媒体種別	MO			FD			CD-R		
媒体枚数	枚								
提出機関数	機関								
提出機関数（再掲）	特定健診実施機関数				機関				
	特定保健指導実施機関数				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	
------	---	---	------	--