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 |  |