

特定健診・特定保健指導データにかかる電子媒体送付書

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 |
| 健診機関番号 | |
| 健診機関名称 | |
| 電話番号 | 担当者 |

| 実施種別 | 特定健康診査 | | | 特定保健指導 | | |
|------|--------|----|------|--------|----|------|
| | MO | FD | CD-R | MO | FD | CD-R |
| 1枚目 | 件 | 件 | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 2枚目 | 件 | 件 | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 3枚目 | 件 | 件 | 件 | 件 | 件 | 件 |

※ 実施種別及び媒体種別については、該当に○をしてください。
 また、複数媒体がある場合はすべてに○をしてください。
 媒体に格納されているファイルの件数も記入をお願いします。

| | | | | |
|----------------------------|-----|-----|------|--|
| 連 合 会 使 用 欄 | 取込日 | 正当数 | エラー数 | |
| | | | | |