後期高齢者歯科口腔健康診査データ提出表（取りまとめ機関用）

熊本県国民健康保険団体連合会　　行

後期高齢者歯科口腔健康診査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 | |
| 取りまとめ機関名称 | | 取りまとめ機関番号 |
|  | | ４３Ａ |
| 電話番号 | | 担当者名 |
|  | |  |

提出物・提出人数

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 種別 | ＣＤ－Ｒ | ＤＶＤ－Ｒ | ＦＤ | ＭＯ |
| １枚目 | 機関数：　　機関    人数：　　　　人 | 機関数：　　機関    人数：　　　　人 | 機関数：　　機関    人数：　　　　人 | 機関数：　　機関  人数：　　　　人 |
| ２枚目 | 機関数：　　機関    人数：　　　　人 | 機関数：　　機関    人数：　　　　人 | 機関数：　　機関    人数：　　　　人 | 機関数：　　機関    人数：　　　　人 |
| ３枚目 | 機関数：　　機関    人数：　　　　人 | 機関数：　　機関    人数：　　　　人 | 機関数：　　機関    人数：　　　　人 | 機関数：　　機関    人数：　　　　人 |

※　種別については、該当欄に○をしてください。

　　各媒体に格納されているファイルの機関数、人数の記入をお願いします。

また、提出機関の内訳がわかる一覧表を別途ご提出ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連合会使用欄 | 取込日 | 正当数 | エラー数 |
|  |  |  |

提出機関一覧表

○○○歯科医師会

　１枚目

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健診機関番号 | 健診機関名 | 人数 |
|  |  | 人 |
|  |  | 人 |
|  |  | 人 |

※必要に応じて行を追加してください。