後期高齢者歯科口腔健康診査データ提出表

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 | |
| 健診機関名称 | | 健診機関番号（医療機関コード） |
|  | | ４３３ |
| 電話番号 | | 健診機関担当者名 |
|  | |  |

提出物・提出件数

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 種別 | ＣＤ－Ｒ | ＤＶＤ－Ｒ | ＦＤ | ＭＯ | 歯科口腔健診票  質問票（紙） |
| １枚目 | 件（人） | 件（人） | 件（人） | 件（人） | 件（人） |
| ２枚目 | 件（人） | 件（人） | 件（人） | 件（人） |
| ３枚目 | 件（人） | 件（人） | 件（人） | 件（人） |
| ４枚目 | 件（人） | 件（人） | 件（人） | 件（人） |

※種別については、該当欄に○をしてください。

　媒体で提出される際は、各媒体に格納されているファイルの件数（人数）の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 |
|  |  |  |