

情報提供事業(みなし健診)請求データ訂正依頼書(直接請求医療機関用)

医療機関番号	
医療機関名	
訂正依頼書提出年月日	令和 年 月 日
担当者	
電話番号	

注) FAXでの受付は行っておりません。

連合会使用欄 受付印

請求年月※	令和 年 月請求
-------	----------

※1 請求年月は国保連合会において処理する年月を記載してください。
(受付締切日より後に請求されたものは翌月処理となります。)

No	保険者番号 市町村名	フリガナ	受診券整理番号	被保険者証等番号	生年月日 (和暦)	検査項目	訂正前	訂正後
		氏名			性別			
1								
					男・女			
2								
					男・女			
3								
					男・女			
4								
					男・女			
5								
					男・女			