

## 特定健診・特定保健指導請求データ個人別訂正依頼書

記載例

特定健診・特定保健指導機関番号	43○○○○○○○○
特定健診・特定保健指導機関名	○×病院
訂正依頼書提出年月日	令和 △年 ○月 ×日
担当者	健診 一郎
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
-------	------------

※ 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。

No	保険者番号	請求データ区分	フリガナ	受診券整理番号 利用券整理番号	被保険者証番号	生年月日 (和暦)	訂正前	訂正後
			氏名			性別		
1	43○○○○	特定健診 ・ 特定保健指導	コクホ ハナコ	○○○○○○○○○○○○ △△△△△△△△△△	○○○○○○	昭和○年△月×日	支払割合100% 保険者への請求金額11,000円	支払割合80% 保険者への請求金額8,800円
			国保 花子			男・女		
2	43○○○○	特定健診 ・ 特定保健指導	コクホ タロウ	○○○○○○○○○○○○ △△△△△△△△△△	○○○○○○○○	昭和△年×月△日	支払割合0% 保険者への請求金額0円	支払割合20% 保険者への請求金額2,200円
			国保 太郎			男・女		
3	3943○○○○	特定健診 ・ 特定保健指導	コウキ ジロウ	○○○○○○○○○○○○	○○○○○○○○	昭和□年○月△日	窓口負担0円 保険者への請求金額10,000円	窓口負担1,000円 保険者への請求金額9,000円
			後期 次郎			男・女		
4	3943○○○○	特定健診 ・ 特定保健指導	コウキ ツキコ	○○○○○○○○○○○○	○○○○○○○○	昭和×年△月□日	基本健診単価8,000円 保険者への請求金額7,000円	基本健診単価7,000円 保険者への請求金額6,000円
			後期 月子			男・女		
5	43○○○○	特定健診 ・ 特定保健指導	コクホ サブロウ	○○○○○○○○○○○○	○○○○○○○○	昭和◇年○月□日	集団健診	個別健診
			国保 三郎			男・女		