

特定健診・特定保健指導請求データ個人別訂正依頼書(取りまとめ医師会用)

医師会等機関番号	
医師会等機関名	
特定健診・特定保健指導機関番号	
特定健診・特定保健指導機関名	
訂正依頼書提出年月日	令和 年 月 日
担当者	
電話番号	
請求年月※	令和 年 月請求

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		特定健診 ・ 特定保健 指導				男・女		
2		特定健診 ・ 特定保健 指導				男・女		
3		特定健診 ・ 特定保健 指導				男・女		
4		特定健診 ・ 特定保健 指導				男・女		
5		特定健診 ・ 特定保健						

指導

男・女