

特定健診・特定保健指導データにかかる電子媒体送付書（郡市区医師会等用）

〇〇〇国民健康保険団体連合会 行

特定健診・特定保健指導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 | 平成 年 月 日提出 | | | | | | | | |
| 郡市区医師会番号 | | | | | | | | | |
| 郡市区医師会名称 | | | | | | | | | |
| 実施種別 | 特定健康診査 | | | | 特定保健指導 | | | | |
| 実施月分 | 平成 年 月実施分 | | | | | | | | |
| 媒体種別 | MO | | | FD | | | CD-R | | |
| 媒体枚数 | 枚 | | | | | | | | |
| 提出機関数 | 機関 | | | | | | | | |
| 提出機関数（再掲） | 特定健診実施機関数 | | | | 機関 | | | | |
| | 特定保健指導実施機関数 | | | | 機関 | | | | |

※1 実施種別及び媒体種類については、該当に○をしてください。

なお、複数ある場合はすべてに○をしてください。

問い合わせ先

| | | | | |
|------|---|---|------|--|
| 電話番号 | - | - | 担当者名 | |
|------|---|---|------|--|