

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）

兵庫県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	
------	---	---	------	--