

特定健診・特定保健指導データにかかる電子媒体送付書

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	年 月 日提出						
健診等機関番号							
健診等機関名称							
電話番号	()			担当者名			

実施種別	特定健康診査	特定保健指導	
実施月分	年 月実施分		
媒体種別	MO	FD	CD-R
媒体枚数	枚		

※ 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。