

特定健診・特定保健指導データにかかる電子媒体送付書

奈良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
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	平成 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。