

## 特定健診等取消し（過誤）依頼書

保険者名 \_\_\_\_\_

### 特定健診 ・ 特定保健指導

(どちらかを○で囲んでください)

受診者・利用者 氏名	(カタカナ)
受診券・利用券 整理番号	
生年月日	
取消し理由	

上記データの返戻をお願いします。

健診等機関番号

\_\_\_\_\_

健診等機関名

\_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_