

特定健診・特定保健指導データにかかる電子媒体送付書

群馬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。