

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	年 月 日提出										
健診等機関番号	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px dashed black; width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 10%; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
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。