

特定健診・特定保健指導データにかかる電子媒体送付書

富山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	令和 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					
FAX 番号	()									

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

※ 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。