

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 _____