

特定健診・特定保健指導データにかかる電子媒体送付書

奈良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										
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	F D	C D - 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。