

特定健診・特定保健指導機関別取下げ依頼書

平成 年 月 日

福岡県国民健康保険団体連合会 御中

特定健診・特定保健
指導機関コード

4	0																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

特定健診・特定保健
指導機関名称

下記理由により特定健診・特定保健指導データを取下げ願います。

保険者番号																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受診券整理番号																			
利用券整理番号																			

実施区分	1 特定健診
	2 特定保健指導（開始時・実績評価時・途中終了時・その他）

実施年月日	平成 年 月 日	処理年月	平成 年 月
-------	----------	------	--------

受診者・利用者氏名 (カナ)	
-------------------	--

男女区分	男・女	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
------	-----	------	----------------	-------

取下げ理由（50文字以内）

--

【記入要領】

- 1 本依頼書は、福岡県国保連合会へ請求した健診等データについて取下げを依頼する場合に届け出てください。
- 2 保険者番号欄は、受診券又は利用券に記載された保険者番号を記入してください。
- 3 実施区分欄は、特定健康診査、特定保健指導のどちらかを選択してください。特定保健指導を選択した場合は実施時点（開始時・実績評価時・途中終了時）を選択してください。
- 4 処理年月欄は、健診等データの送信又は送付を行った年月を記入してください。