

特定健診・特定保健指導機関別取下げ依頼書

令和 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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 特定健診（開始時・実績評価時・途中終了時・その他）
------	---------------------------------------

実施年月	令和 年 月	処理年月	令和 年 月
------	--------	------	--------

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

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、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 本依頼書は、健診等機関の所在する国保連合会へ届け出てください。
- 3 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。
- 4 受診券整理番号又は利用券整理番号は受診券又は利用券に記載された番号を記入してください。
- 5 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。
- 6 実施区分欄は、特定健康診査、特定保健指導を実施した年月を記入してください。
- 7 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。
- 8 受診者・利用者氏名欄は、受診者又は利用者の氏名をカタカナで記入してください。
- 9 男女区分欄は、受診者又は利用者の性別を選択してください。
- 10 生年月日欄は、受診者・利用者の生年月日を記入してください。
- 11 取下げ理由は、取下げを行う理由を全角50文字以内で記入してください。