

**特定健診・特定保健指導データにかかる電子媒体送付書**

福岡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	4	0								
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	令和 年 月実施分				
媒体種別	MO	FD	CD-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。

特定健診・特定保健指導データにかかる電子媒体送付書

(郡市区医師会等N:N用)

福岡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									
契約形態	N : N (集合契約)									
福岡県医師会番号	4	0	2	8	8	8	0	0	1	3
郡市区医師会番号										
郡市区医師会名称										

実施種別	特定健康診査		
実施月分	令和 年 月実施分		
媒体種別	MO	FD	CD-R
媒体枚数	枚		
提出機関数	機関		

※媒体種類については、該当に○をしてください。複数ある場合は、全てに○をしてください。

問い合わせ先

電話番号	— —	担当者名	
------	-----	------	--

特定健診・特定保健指導データにかかる電子媒体送付書

(郡市区医師会等1:N用)

福岡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									
郡市区医師会番号	4	0								
郡市区医師会名称										

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		FD		CD-R	
媒体枚数	枚					
提出機関数	機関					
提出機関数(再掲)	特定健診実施機関数			機関		
	特定保健指導実施機関数			機関		

※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、複数ある場合は全てに○をしてください。

問い合わせ先

電話番号	—	—	担当者名	
------	---	---	------	--