

送 付 書

福岡県国民健康保険団体連合会 行

特定健診未受診者の医療情報収集事業にかかる情報提供票等について、下記のとおり提出します。

提出年月日	令和 年 月 日提出						
医療機関番号							
医療機関名称							
電話番号	()			担当者名			

提出枚数	枚
------	---

(内訳)

情報提供票 (様式 1)	件
質問票兼同意書 (様式 2)	件

送 付 書

福岡県国民健康保険団体連合会 行

特定健診未受診者の医療情報収集事業にかかる情報提供票等について、下記のとおり提出します。

■送付書の記入方法及び注意事項

- ※送付書の様式変更は、行わないようにして下さい。
- ※記入は、鉛筆以外(ボールペン等)でお願いします。
- ※医療機関名称等にゴム印使用可能です。

- ・提出年月日、医療機関番号、医療機関名称、電話番号、担当者名を記入
- ※ゴム印使用可能

提出年月日	令和 年 月 日提出			
医療機関番号				
医療機関名称				
電話番号	()	担当者名		

- ・提出枚数を記入

提出枚数	枚
------	---

(内訳)

- ・提出枚数内訳の記入
- ①情報提供票の枚数を記入
- ②質問票兼同意書の枚数を記入

情報提供票(様式1)	①	枚
質問票兼同意書(様式2)	②	枚