

特定健診・特定保健指導データにかかる電子媒体送付書

神奈川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	.....			
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	フォルダ数	個
県外分の有無	あり	なし	

※ 実施種別、媒体種別及び県外分の有無については、該当に○をしてください。

「県外分」とは神奈川県内の保険者【0014\*\*\*\*】以外の保険者です。

なお、複数ある場合はすべてに○をしてください。

※ 媒体が複数枚ある場合のフォルダ数については、合算でもかまいません。