

特定健診・特定保健指導 電子媒体請求送付書

平成 年 月 日

東京都国民健康保険団体連合会 行

特定健診・特定保健指導 機関番号	1	3							
---------------------	---	---	--	--	--	--	--	--	--

機関所在地

電話番号

機関名称

担当者名

印

平成 年 月 月実施分について、下記のとおり請求します。

メーカー名	ソフト名

※ 入力ソフトのメーカー名及びソフト名をご記入ください。

電子媒体種類	媒体枚数
CD-R ・ FD ・ MO	

※媒体種類欄は、該当する媒体に○を付けて下さい。

内 容	件 数
特定健康診査(国保)	件
特定保健指導(国保)	件
健康診査(後期高齢者)	件

※連合会使用欄(何も記入しないで下さい。)

提出区分
新規 再提出

検 証		状 態		受付簿
OK	NG	本番へ	一部再	
印	印	翌月再	全部再	

本番登録	廃棄

MEMO

エラーの連絡	
連絡日：	月 日
担当者：	様