

# 特定健診・特定保健指導 電子媒体請求送付書(地区医師会用)

平成 年 月 日

東京都国民健康保険団体連合会 行

地区医師会コード	1	3							
----------	---	---	--	--	--	--	--	--	--

地区医師会  
所在地

電話番号

地区医師会名称

担当者名

印

平成 年 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	格納されているzipフォルダ数
CD-R ・ FD ・ MO	枚	個

※媒体種類欄は、該当する媒体に○を付けて下さい。

医師会zipに格納した健診機関別zipフォルダ数	個
--------------------------	---

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