

**特定健診・特定保健指導データにかかる電子媒体送付書**

島根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					

※ 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。