

特定健診等 機関番号

機関名称

電話番号

特定健診・特定保健指導等情報 当月請求分取下げ依頼書

区 分	1. 特定健診 2. 後期高齢者健診 3. 特定保健指導
実施年月日	平成 ・ 令和 年 月 日
保険者番号	
受診券等 整理番号	
被保険者証記号・番号 被保険者番号	
フリガナ	
氏 名	
単 価 合 計	円
理 由	1. 健診等内容誤請求のため 2. 請求金額誤請求のため 3. その他 (具体的にご記入ください)