

特定健診・特定保健指導 電子媒体請求送付書

令和 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

令和 年 月提出分について、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

受付印