

**特定健診・特定保健指導データにかかる電子媒体送付書**

埼玉県国民健康保険団体連合会 御中

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	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	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。