|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出区分 | □　持参 | □　郵送・宅配 |

**特定健診等請求データ提出票**

***※以下の全ての項目をもれなくご記入願います。***

提出年月日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①健診等機関番号 | **0** | **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ②健診等機関名称 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| ③提出媒体 | 　　□　FD　　　　　□　MO　　　　　□　CD-R |
| ④担当者職氏名 |  |
| ⑤連絡先電話番号 | （　　　　　　　） |
| ⑥FAX番号 | （　　　　　　　） |
| ⑦提出媒体枚数 | 枚 |
| ⑧受領書の返却は | □必要である　　　□必要ない |

令和 元 年 5 月版

**受　　　　領　　　　書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※連合会使用欄 | 健診等機関番号 | **0** | **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 令和　　　年　　　月　提出分媒体数 | 枚 |
| 上記のとおり受領いたしました。岩手県国民健康保険団体連合会 |