

特定健診・特定保健指導請求データ訂正・削除依頼書

香川県国民健康保険団体連合会 殿

平成 年 月 日 提出

提出元	健診機関番号	健診機関名称

受付	入力	

No.	区分	保険者番号	受診券・利用券 整理番号	被保険者 証番号	氏名	請求月	請求額 <small>変更前 変更後</small>	窓口負担 <small>変更前 変更後</small>	訂正内容(詳しく)
1	削除 訂正					年 月	-----	-----	
2	削除 訂正					年 月	-----	-----	
3	削除 訂正					年 月	-----	-----	
4	削除 訂正					年 月	-----	-----	
5	削除 訂正					年 月	-----	-----	
6	削除 訂正					年 月	-----	-----	
7	削除 訂正					年 月	-----	-----	
8	削除 訂正					年 月	-----	-----	
9	削除 訂正					年 月	-----	-----	
10	削除 訂正					年 月	-----	-----	

FAX 087-822-6023