

(様式 4)

送 付 書

福岡県国民健康保険団体連合会 行

特定健診等未受診者の医療情報収集事業にかかる情報提供票等について、下記のとおり提出します。

提出年月日	令和 年 月 日提出									
医療機関番号										
医療機関名称										
電話番号	()				担当者名					

提出枚数	枚
------	---

(内訳)

【国保後期共通】 情報提供票 (様式 1)	枚
【国保】 質問票兼同意書 (様式 2)	枚
【後期】 質問票兼同意書 (様式 3)	枚