特定健診・特定保健指導データにかかる取り下げ依頼書

（個別データ取下げ用）

鳥取県国民健康保険団体連合会　御中

提出済の下記の特定健診・特定保健指導データについて、取り下げを依頼します。

依頼年月日　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 機関コード |  |
| 機関名称 |  |
| 実施種別 | 特定健康診査・特定保健指導 |
| 提出年月日 | 令和　　年　　月 |

【取下げ対象者】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | 保険者番号 | 受診券（利用券）番号 | 受診者（利用者）  氏名 | 取下げ理由 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

作成上の注意

* 請求後、一定期間を経過した場合取り下げはできなくなりますので、提出される際はあらかじめ鳥取県国民健康保険団体連合会にお問合せください。
* 提出年月日は、健診等データ送信又は送付を行った年月日を記入してください。
* 取下げ対象者は、請求された保険者番号・受診券（利用券）番号・受診者（利用者）氏名を記入してください。