

平成 年 月 日

香川県国民健康保険団体連合会 殿

健診機関番号 _____

健診機関名 _____

特定健診質問票紙媒体送付書

____月分（ 月 日～ 月 日健診実施分）

・質問票

_____市・町国保分 _____枚

香川県_____国保組合分 _____枚

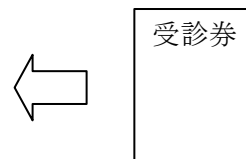
_____市・町後期高齢者分 _____枚

*代行入力機関において歯科質問項目を入力されている機関は提出不要



【表面】

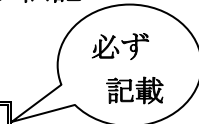
質 問 票	
①受診券整理番号	
②保険者番号	
③被保険者証番号	
④生年月日	
健診実施日	平成 年 月 日



受診券情報より転記

【裏面】

健診機関番号	健診機関名
--------	-------



平成 年 月 日

香川県国民健康保険団体連合会 殿

健診機関番号 _____

健診機関名 _____

特定健診質問票及び課税状況確認票紙媒体送付書

_____月分（ 月 日～ 月 日健診実施分）

・ 質問票

高松市国保分 _____枚

香川県_____国保組合分 _____枚

高松市後期高齢者分 _____枚

*代行入力機関において歯科質問項目を入力されている機関は提出不要

・ 課税状況の確認票 _____枚



注意

【表面】

質 問 票	
①受診券整理番号	
②保険者番号	
③被保険者証番号	
④生年月日	
健診実施日	平成 年 月 日



受診券

受診券情報より転記

【裏面】

健診機関番号		健診機関名	
--------	--	-------	--

必ず
記載