令和　年　月　日

社会保険診療報酬支払基金

事業統括部　特定健診担当　御中

特定健診・特定保健指導に係る接続試験依頼書

|  |  |
| --- | --- |
| メーカ名 |  |
| 所在地 | 〒000-0000  住所： |
| 担当者 | 氏　　　名：  所属部署名： |
| 連絡先 | 電　話　番　号：  メールアドレス： |

接続試験依頼内訳

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| データ件数 | | | | 備考 |
| 特定健診 | 件 | 特定保健指導 | 件 |  |

（注）１　特定健診・特定保健指導に係る接続試験を依頼する際に作成し、支払基金にメールにより提出願います。

　　　２　「データ件数」欄には、特定健診又は特定保健指導別に試験データの件数を記入願います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支払基金使用欄 | 接続試験実施日 | 結果連絡日 |
|  |  |