

(FAX 099-219-1743)

送信日：令和 年 月 日

全国健康保険協会鹿児島支部  
保健グループ 宛て

年 月分の生活習慣病予防健診の実施は0件です。  
よって請求書類等の提出もありませんのでお知らせいたします。

実施医療機関名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

※健診の実施がなかった場合、FAXで翌月15日までにご連絡ください。