機密性2

生活習慣病予防健診ご契約健診機関様向書式
（様式３）

令　和　　年　　月　　日

全国健康保険協会　大阪支部長　　殿

健診機関コード＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

健 診 機 関 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

実　測　値　報　告　書

令和　　年　　月請求分　以下すべて実測値となります。

※厚生労働省の定める上限下限データ範囲を超える数値です。

受診日	支部コード	記号	番号	項目