

特定健診情報提供（トライアングル）事業  
健診データ 修正依頼

依頼日			
令和	年	月	日

【依頼者】

医療機関番号		
医療機関名		
問合せ先	部署	
	担当者	
	電話番号	

【修正対象者】

保険者番号		被保険者番号	
氏名		性別	
生年月日		受診日	

【修正データ】

修正項目		
修正値	(誤)	(正)

【備考】

--

送付先

沖縄県国民健康保険団体連合会  
沖縄県那覇市西 3-14-18  
保険者支援課 (TEL 098-863-2357)  
(担当 岸本)

※個人情報を含むため、安全な方法（レターパック等）で送付願います。