沖縄県国民健康保険団体連合会  
健診機関向けオンラインサービス  
利用申請書

沖縄県国民健康保険団体連合会　理事長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 申請者氏名 |  |

下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用システム  ※利用するシステムへ ☑を記載してください。 | □ トライアングルシステム  □ 40歳未満健診オンラインシステム | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健診機関名称 | （フリガナ） | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健診機関番号 | 4 | 7 | | | 1 | | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 開設者名または 代表者名 | （フリガナ） | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 郵便番号 | 〒 | |  | | | | － | |  | | | | | | | | |
| 住所 | （フリガナ） | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | 098 | | | － | |  | | | | | － | |  | | | | |
| 使用するOS  （オペレーティングシステム） | Windows （　　8.1　　、　　10　　、　　11　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 使用している ウイルス対策ソフト |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健診機関向け オンラインサービス利用条件 | □ 同意する | | | | | | | | | | | | | | | | |