

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。	<input type="checkbox"/> トライアングルシステム <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 同意する