FAX送信先　:0172-31-3088
メール送信先:kensin-hitachikenki@apap.jp

特定健康診査受診券発行申請書

この用紙は「申請用」です。

健診機関に持参しても特定健康診査は受診できませんのでご注意願います。
被保険者（本人）で本健診を受診できる方は『任意継続』・『特例退職』の方のみです。
私は下記のとおり、特定健康診査受診券の発行を申請いたします。

受診予定日	令和　　年　　月　　日

申請日:令和　　年　　月　　日

被保険者	記号		番号		
	氏名				
	申請年度		申請区分	□新規　□再交付	
特定健康診査受診者	フリガナ		性別	□女 ・ □男	
	受診者名				
	生年月日	平成・昭和・大正　　年　　月　　日			
	住所	〒（　　－　　）			
		都道府県　　市郡区			
	連絡先	電話　　（　　）			

注:申請書は一人1枚です。受診者が複数の場合コピーしてお使いください。
※この申請書はご本人の同意なく本目的以外に使用いたしません。

v_toku_1703

【お問合せ先】
㈱バリューHR　カスタマーサービス　TEL:0570-001-851（平日9:30～17:00　土日祝日は休み）
E-mail:kensin-hitachikenki@apap.jp

FAX送信先　:0172-31-3088
メール送信先:kensin-hitachikenki@apap.jp

特定健康診査受診券申請書（記入例）

この用紙は「申請用」です。

受診予定日	令和 29 年 7 月 1 日

申請日:令和　29　年　5　月　1　日

被保険者	記号	100	番号	123456	
	氏名	健保　太郎			
	申請年度	令和 4 年度	申請区分	■新規　□再交付	
特定健康診査受診者	フリガナ	ケンポ　ハナコ	性別	■女 ・ □男	
	受診者名	健保　花子			
	生年月日	昭和　40　年　5　月　10　日			
	住所	〒（ ○○○ －○○○○ ）			
		○○　都道府県　○○○　市郡区			
		○○○○○○町　1-1-1			
		○○マンション501号			
	連絡先	電話　03　（××××）××××