

FAX送信先 : 0172-31-3088

メール送信先 : kensin-oki@apap.jp

## 特定健康診査受診券申請書

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ください。

被保険者(本人) で本健診を受診できる方は『任意継続』の方(保険証記号12)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 西暦 年 月 日

申請日: 西暦 年 月 日

被 保 険 者	記号		番号		
	氏名				
	申請年度	2024年度	申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再交付	
特 定 健 康 診 査 受 診 者	フリガナ			性別 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	
	受診者名				
	生年月日	昭和 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\_2403

【お問合せ先】  
㈱バリューHR カスタマーサービス TEL: 0570-075-718 (平日9:30~17:00 土日祝日は休み)  
E-mail kensin-oki@apap.jp

FAX送信先 : 0172-31-3088

メール送信先 : kensin-oki@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。

発行される受診券の有効期限は2025年3月31日までです。

※ただし、受診日に当健保の加入資格が無い場合はご利用できません。

受診予定日 西暦 2024 年 7 月 1 日

申請日: 西暦 2024 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	2024 年度	申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再交付	
特 定 健 康 診 査 受 診 者	フリガナ	ケンポ ハナコ		性別 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 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 (××××) ××××			

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\_2403

【お問合せ先】  
㈱バリューHR カスタマーサービス TEL: 0570-075-718 (平日9:30~17:00 土日祝日は休み)  
E-mail kensin-oki@apap.jp