様式１（第５条関係）

とちぎ健康経営事業所認定申請書

年　　月　　日

栃木県知事
全国健康保険協会栃木支部長　　様
健康保険組合連合会栃木連合会長

申請者　事業所等の名称
代表者職・氏名

とちぎ健康経営事業所認定制度実施要領第５条の規定により、下記のとおり申請します。

記

事業所等の概要

所在地	〒　　－
加入している 医療保険者	※ 例：全国健康保険協会栃木支部（必ず支部名まで記載してください。）
本制度の 認定証の有無	□ なし（新規申請） □ あり（→　令和＿＿年度認定）
担　当　者 所属・職・氏名	
連絡先	電　話：　　ＦＡＸ： Ｅメール：

※以下の様式を添付してください。

（１）とちぎ健康経営事業所認定基準チェックシート（様式２）

（２）とちぎ健康経営事業所認定制度誓約書（様式３）