

全国健康保険協会岡山支部が実施する「健活企業」の普及推進活動
を通じて健康経営の普及を目指す普及推進協力事業者 公募要領

本事業への協力企業を公募します。

1. 事業名

全国健康保険協会岡山支部が実施する「健活企業」※の普及推進活動を通じて健康経営の普及を目指す普及推進協力事業

※従業員の健康増進を図るため、積極的に従業員的心と体の健康づくりに取り組む企業のことを「健活企業」と呼称する。

2. 目的

全国健康保険協会岡山支部（以下、当支部という）は、岡山県内に「健活企業」事業を普及推進することで、加入事業所の健康増進を図ることを目的として、新たに「健活企業」事業に取り組むことを宣言する（以下「健活企業宣言」という）事業所を拡大していくため、普及推進事業に協力いただける事業者を公募する。

3. 公募期間

令和3年8月2日（月）～令和4年3月31日（木）土日祝日除く 9時から17時まで随時

4. 公募数

若干数

5. 応募要件

次の要件の全てを満たす事業者であること。

- (1) 保険業法に定める保険業をおこなう事業者であること（代理店を除く）。
- (2) 本事業の普及推進に向けた協力業務を無償で提供できること。
- (3) 本事業者として選定後においても「健活企業」「健活企業宣言」に付随した商品等の創設は行わないこと。
- (4) 健康経営アドバイザー有資格者の配置など本事業に関して十分な知識を有する体制があり、現に健康経営推進に関する事業を行っていること。
- (5) 当支部加入者の健康増進等、加入者及び事業主の利益の実現を目的とした公益性の高い取組みであることを十分に理解していること。
- (6) 当支部が民間企業の営利に当たる活動を行ってはならないことを十分に理解していること。
- (7) 特定の業種において特定の企業が競争上有利とならないよう、当支部が特定の企業以外との連携を排除しないことを十分に理解していること。
- (8) 当支部が特定の企業の事業を推奨していると第三者が解するような連携ではないこと。
- (9) 政治的、宗教的な内容を含む取組みではないこと。

- (10) 実施内容が社会秩序や公序良俗に反するものではないこと。
- (11) 厚生年金保険・全国健康保険協会管掌健康保険の適用を受け、かつ、直近1年間について保険料に未納がない者であること（健康保険組合等の適用を受けている者にあつては、厚生年金保険料に未納がないこと）。
- (12) その他法令、規則等に違反するものではないこと。

6. 選考方法

選考の基準は、次のとおりです。

- (1) 前記の応募要件を満たしているか。
- (2) 本事業の普及推進に対して、非営利かつ公平、公正な取組みが期待され、当支部加入者及び事業主の利益の実現に適切に寄与できると認められるか。

7. 応募方法

- (1) 提出書類は、次の①～③とします。

なお、提出された書類は返却しません。

①全国健康保険協会岡山支部が実施する「健活企業」の普及推進活動を通じて健康経営の普及を目指す普及推進協力事業者 応募申込書（別紙1）

②会社概要、営業内容等がわかる事業所パンフレット

③直近一年間の社会保険料納付が確認できるもの

（納入証明書（別紙2）または領収書写し）

- (2) 提出先は以下のとおりです。

〒700-8506 岡山市北区本町 6-36 第一セントラルビル 8F

全国健康保険協会岡山支部 企画総務グループ

- (3) 提出方法は、郵送または持参とします。

8. 選考結果

選考結果は書面により通知します。

9. その他

具体的な本事業の普及推進協力にあたっては、別途、書面による覚書を締結することとします。

10. 問い合わせ先

全国健康保険協会岡山支部 企画総務グループ

電話：086-803-5781

全国健康保険協会岡山支部が実施する「健活企業」の普及推進活動を通じて健康経営の普及を目指す普及推進協力事業者 応募申込書

令和 年 月 日

全国健康保険協会岡山支部長 殿

所在地

事業所名

代表者名

⑩

全国健康保険協会岡山支部が実施する「健活企業」の普及推進活動を通じて健康経営の普及を目指す普及推進協力事業者に応募します。

URL			
事業内容			
事業所名			
事業所住所			
担当者	部署名		
	役職・氏名		
	電話番号	FAX番号	
	メールアドレス		

取組みの概要

① 「健康経営」の普及推進に向けた現在の取組み

(※必要に応じて参考資料を添付してください。)

② 今後「健活企業」の普及推進「健活企業宣言」の拡大に向けて協力いただけること

(※必要に応じて参考資料を添付してください。)

備考

令和 年 月 日申請

(別紙2)

健康保険
厚生年金保険 保険料納付証明書

1. 申請者

事業所整理番号	事業所番号
事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	印
電話番号	() - () - ()

2. 全国健康保険協会管掌健康保険又は船員保険の適用状況

(1) 該当するものに○印をつけてください。

ア. 全国健康保険協会管掌健康保険又は船員保険の適用を受けています。

イ. 全国健康保険協会管掌健康保険及び船員保険の適用を受けていません。

※ 「イ」に○印をつけた場合は、下記の確認事項の記入は不要です。

(2) 確認事項

全国健康保険協会管掌健康保険又は船員保険 の適用年月日		昭和・平成・令和 年 月 日
項目	対象期間	対象期間における保険料の未納の有無
健康保険料又は 船員保険料 ※延滞金を含む	令和 年 月分から 令和 年 月分まで	有 ・ 無

3. 厚生年金保険の適用状況

(1) 該当するものに○印をつけてください。

ア. 厚生年金保険の適用を受けています。

イ. 厚生年金保険の適用を受けていません。

※ 「イ」に○印をつけた場合は、下記の確認事項の記入は不要です。そのまま岡山支部へご提出ください。

(2) 確認事項

厚生年金保険の適用年月日		昭和・平成・令和 年 月 日
項目	対象期間	対象期間における保険料の未納の有無
厚生年金保険料 ※延滞金を含む	令和 年 月分から 令和 年 月分まで	有 ・ 無

※年金事務所記入欄

上記のとおり相違ないことを確認しました。

令和 年 月 日

年金事務所長 印