

健康保険委員登録事業所向けヘルスケアサポート

## 応募申込書

全国健康保険協会滋賀支部長 殿

本案件にかかる各種要綱、ガイドライン等を遵守のうえ、健康保険委員登録事業所向けヘルスケアサポートに応募いたします。

郵便番号

所在地

事業所名称

代表者名

⑩

担当者名		連絡先	
サポート名			
開始予定日			
<提案するサポートの詳細>			

必要に応じて別途資料等の添付をお願いします。

令和 年 月 日

全国健康保険協会滋賀支部長 殿

住所（所在地）

称号又は名称

代表者職・氏名

印

### 暴力団等排除の誓約書

私は、当社が各種法令を遵守することを誓約するとともに、下記の事項についても誓約いたします。

この誓約書に反したことにより当社が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てず、何らの賠償ないし補償を求めません。全国健康保険協会に損害が生じたときは、その損害を賠償いたします。

### 記

1. 当社は、次に掲げる組織又は次に掲げる個人が役職員として在職する組織に該当しないこと。
  - (1) 暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成 3 年法律第 77 号）第 2 条第 2 号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）
  - (2) 暴力団員（同法第 2 条第 6 号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）
  - (3) 自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用している者
  - (4) 暴力団又は暴力団員に対して資金等を供給し、又は便宜を供与するなど、直接的若しくは積極的に暴力団の維持・運営に協力し、又は関与している者
  - (5) 暴力団又は暴力団員との間で、社会的な非難の対象となる関係を有している者
2. 再委託（再委託先の契約が数次にわたるときには、その全てを含む。）を行う場合には、再委託先の事業者が上記 1 の組織に該当しないこと。

年 月 日

## 保険料納付に係る申立書

全国健康保険協会滋賀支部長 殿

令和 年 月分から令和 年 月分の保険料について、添付（領収証書（写）、納付証明書（写）又は保険料の納付が確認できる書面）の通り、未納のないことを申し立てます。

案件名：健康保険委員登録事業所向けヘルスケアサポート

所在地

会社名

代表者名

印

\*直近一年分の保険料の納付について、申し立ててください。

\*領収証書（写）等を該当月分について、全て添付してください。

健康保険委員登録事業所向けヘルスケアサポート

変更申出書 &lt; 変更 ・ 辞退 &gt;

全国健康保険協会滋賀支部長 殿

健康保険委員登録事業所向けヘルスケアサポートに係るサポート内容等について、  
以下のとおり申出を行います。

郵便番号

所在地

事業所名称

代表者名

印

担当者名		連絡先	
変更概要			
開始予定日			
< 詳細 >			

必要に応じて別途資料等の添付をお願いします。

健康保険委員登録事業所向けヘルスケアサポート

利用状況報告書

全国健康保険協会滋賀支部長 殿

健康保険委員登録事業所向けヘルスケアサポートに係る実施状況について、以下の通り報告します。

郵便番号

所在地

事業所名称

代表者名

印

担当者名		連絡先	
報告期間	<p>【令和 年度】 令和 年 月 ~ 令和 年 月</p> <p>※四半期ごとの報告とし、各四半期終了翌月の20日までに本報告書を提出すること。                  (例) 令和5年4月~6月分の報告は7月20日までに提出</p>		
報告期間中の利用者数	人		
内訳			
月	人		
月	人		
月	人		
<p>&lt;その他特記事項 (ある場合) &gt;</p>			

(案)

様式6

全国健康保険協会(協会けんぽ)滋賀支部  
健康保険委員登録事業所向けヘルスケアサポート事業専用

## 健康保険委員登録確認票

事業所名称	
事業所所在地	

※太枠内をご記入の上、協賛団体等にご提示ください。



ヘルスケアサポートサービスご利用の際は、本紙(コピーでも可能)を協賛団体等にご提示ください。サービスの詳細については、協賛団体等にご確認ください。