

とちぎ健康経営事業所認定申請書

令和 年 月 日

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

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4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

- 1 申請区分 (該当する区分に、チェックをつけてください。)
 - 新規 (はじめて認定申請する場合)
 - 更新 (有効期間の満了に伴い、再度認定申請する場合)

2 事業所等の概要

所在地	〒 ー
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。)
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の要件適合に係る誓約書 (様式3)