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　　　　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　　　　　　　　　　印

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 | 〒　　　－　　　　 |
| 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： |

　　※以下の書類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）

（３）定款、寄附行為又はこれらに準ずる規約等

（４）組織図及び役員名簿又は会員名簿