

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	〒 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。）
本制度の 認定証の有無	<input type="checkbox"/> なし（新規申請） <input type="checkbox"/> 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）