

いわて健康経営認定事業所 認定申請書

令和4年 2月 1日

岩手県知事 達増 拓也 様

押印手続き見直しにより押印不要

申請者 事業所等の名称 株式会社 ○○○○

代表者職・氏名 代表取締役社長 ○○ ○○

いわて健康経営事業所認定制度実施要綱第5の規定により、下記のとおり申請します。

記

- 1 申請区分 (該当する区分にレ点を記入してください。)
 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)

レ点を記入すること

2 事業所等の概要

Table with 2 columns: Field (所在地, 加入している医療保険者, 健康経営宣言年月日, 担当者所属・職・氏名, 連絡先, ホームページURL) and Value (〒020-8570 岩手県盛岡市内丸10-1, 全国健康保険協会岩手支部, 平成28年10月1日, 総務部人事係 主任 △△ △△, 電話: 019-629-5468 FAX: 019-629-5474 Eメール: AD0003@pref.iwate.jp, https://www.pref.iwate.jp/)

必ず支部名まで記載してください

3 誓約事項

認定申請にあたり、次の事項について誓約します。(レ点を記入してください。)

- 「いわて健康経営認定事業所」としての認定基準をすべて満たし、取組を継続して実施します。【必須】
県及び協力保険者ホームページに事業所等の名称、所在地、ホームページURL等の内容を掲載することを承諾します。

レ点を記入すること

「評価シート」を必ず添付してください

※「評価シート」(様式第2号)を添付してください。