**静岡県後期高齢者医療広域連合**

**第２期データヘルス計画の見直しについての御意見**

|  |  |
| --- | --- |
| 住所又は所在地 |  |
| 氏　　　　　　　　名（団体、企業等の方はその名称及び担当者名） |  |
|  |
| 連　　絡　　先（いずれか一つで結構です。） | 電　話　番　号 |  |
| F　A　X |  |
| 電子メールアドレス |  |
| 区　分（該当するものを選択してください） | □県内に住所を有する方 | □県内に事務所又は事業所を有する個人及び法人その他の団体の方 |
| □県内に存する事務所又は事業所に勤務する方 | □県内に存する学校等に在学する方 |
| □県外に住所を有する広域連合の被保険者の方 |  |

* 住所、氏名、電話番号等は、御意見に対して的確に広域連合の考え方を整理するため、御意見の趣旨を確認する場合に必要なものであり、その他の目的に使用することはありません。

|  |
| --- |
| 御　　　意　　　見 |
| ※該当箇所(項目名・資料番号等)を明記した上で御意見ください。　 |
| 該当箇所： |
|  |
| 御意見： |
|  |
| 【提出先】（１） | 郵 送：　 | 〒420-0851 静岡県静岡市葵区黒金町59番地の７ニッセイ静岡駅前ビル３階静岡県後期高齢者医療広域連合　第１医療給付室 |
| （２） | Ｆ Ａ Ｘ： | 054-272-3312 |
| （３） | 電子メール： | kyufu@shizuoka-ki.jp |
| （４） | 持　　　参： | 静岡県後期高齢者医療広域連合事務所(静岡市葵区黒金町59番地の7ニッセイ静岡駅前ビル3階) |