

**静岡県後期高齢者医療広域連合
第三次広域計画改定案についての御意見**

住所又は所在地		
氏 名 <small>(団体、企業等の方はその名称及び担当者名)</small>		
連 絡 先 <small>(いずれか一つで結構です。)</small>	電 話 番 号	
	F A X	
	電子メールアドレス	
区 分 <small>(該当するものを選択してください)</small>	<input type="checkbox"/> 県内に住所を有する方 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 県内に存する事務所又は事業所に勤務する方 <input type="checkbox"/> 県内に存する学校等に在学する方 <input type="checkbox"/> 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
<p>※該当箇所（条項等）を明記した上で御意見ください。</p> <p>該当箇所：</p> <p>御意見：</p>

- 【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 総務室
- （２） F A X： 054-272-3312
- （３） 電子メール： jimukyoku@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）