【意見提出用紙】

**「沖縄県国民健康保険運営方針（第２期）（素案）」に対する御意見**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名又は団体名  （必須） | 団体の場合：担当者名（　　　　　　　　　　　） |
| 住所又は所在地  （必須） | 〒　　　－ |
| 連 絡 先  （必須）  　※どちらか一方でも可 | 電話番号： （ ） |
| メールアドレス： |

* 提出いただいた御意見の内容について、確認の連絡をさせいただく場合がありますので、氏名、住所、電話番号等は必ず記入してください。（記入いただいた個人情報は公表いたしません）

|  |
| --- |
| 御意見の内容 |
| 該当箇所： ※本文の中で、御意見のあるページ、箇所の文言を記入してください。  　　　　　　 　【記入例】素案○○ページ・○○行目、素案○○ページ・下から○○行目 |
| 御 意 見：　※該当箇所が複数ある場合は、御意見の最初に該当箇所を記入してください。 |

［提出期限］　令和２年10月23日（金）必着

［提出先］ 〒900－8570　沖縄県那覇市泉崎１丁目２－２

沖縄県保健医療部 国民健康保険課 国保支援班

ＴＥＬ：098－866－2304

ＦＡＸ：098－866－2326

E-mail：aa030340@pref.okinawa.lg.jp