

【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、確認の連絡をさせて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】素案〇〇ページ・〇〇行目、素案〇〇ページ・下から〇〇行目 |
| 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