

「大阪府国民健康保険運営方針（素案）」についてのご意見・ご提言

連絡先	氏名又は団体・グループ名 [必須]	
	住所又は所在地 [必須]	〒 —
	電話番号（携帯電話の番号でも可） （団体の場合、ご担当者名）	（ ） — （ご担当者： ）
	電子メールアドレス（お持ちの方）	

※連絡先の情報は公表しません。

提出された意見の内容を確認させていただく場合があることから、氏名・住所・電話番号等の連絡先の記載をお願いしています。
これらの個人情報については公表せず、他の目的に利用・提供しないととも適正に管理します。

ご意見・ご提言を公表してよろしいですか。 [必須]		<input type="checkbox"/> 公表してよい	<input type="checkbox"/> 公表不可
「大阪府国民健康保険運営方針（素案）」のページ番号 [必須]		ページ	
該当の項目を選択してください。 （□に✓印又は■を） [必須]	※ご意見・ご提言は1回につき1項目でお願いいたします。		
	<input type="checkbox"/> I 基本的事項 <input type="checkbox"/> II 府における国民健康保険制度の運営に関する基本的な考え方 <input type="checkbox"/> III 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し <input type="checkbox"/> IV 市町村における保険料の標準的な算定方法 <input type="checkbox"/> V 市町村における保険料の徴収の適正な実施 <input type="checkbox"/> VI 市町村における保険給付の適正な実施 <input type="checkbox"/> VII 医療費の適正化の取組 <input type="checkbox"/> VIII 市町村が担う事務の広域的及び効率的な運営の推進 <input type="checkbox"/> IX 保健医療サービス・福祉サービス等に関する施策との連携 <input type="checkbox"/> X 施策の実現のために必要な関係市町村相互間の連絡調整		
ご意見・ご提言 [必須]	※1,000文字未満で記入をお願いします。		

〈締切〉平成29年11月29日（水曜日）午後6時（郵送の場合は期間内必着）

〈送付先〉【郵送の場合】

〒540-8570（府庁専用の番号のため、住所の記載は不要です。）

大阪府福祉部国民健康保険課 広域化・制度推進グループあて

【ファクシミリの場合】06-6944-6684

大阪府福祉部国民健康保険課 広域化・制度推進グループあて