第３期群馬県国民健康保険運営方針（案）に関する意見について

令和○年○○月○○日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（法人・団体名） |  |
| 住所（所在地） |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **項目**  **（該当ページ）** | **意見** |
|  |  |

※記入上の注意事項

　　ご意見は任意の様式に記載いただいても構いません。

その場合、原則として、氏名及び住所（法人又は団体の場合は、名称、代表者の氏名

及び所在地）並びに連絡先（電話番号又は電子メールアドレス）を記載してください。

【提出先】

群馬県健康福祉部国保援護課国保運営係

〒371-8570　前橋市大手町１－１－１

ＴＥＬ ０２７－８９７－２７３６（直通）

ＦＡＸ ０２７－２２３－３８６４

電子メールアドレスkokuhoka@pref.gunma.lg.jp

　　　　※郵送、ファックス、電子メール等により提出してください。

※郵送の場合は、封筒に「第３期群馬県国民健康保険運営方針（案）に関する意見

について」と明記してください。