兵庫県後期高齢者医療広域連合　第３期データヘルス計画（案）についての意見書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　名【必須】（法人等は名称、代表者名） |  |
| 住　　　所【必須】（所在地） | 〒※兵庫県外在住の方で、兵庫県内の事務所･事業所･学校等に通勤･通学している方は、事務所等の所在地を記載 |
| 電話番号【必須】 | ☎（　　　　　）　　　　　－ |
| メールアドレス |  |
| 在住･在学等の区分【必須】※右記の中から該当するものすべてを選んで、☑してください。 | [ ]  県内に住所を有する方[ ]  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[ ]  県内の事務所又は事業所に勤務する方[ ]  県内の学校等に在学している方[ ]  兵庫県後期高齢者医療の被保険者 |
| （意見等記入欄） ※○ページ○行目等、ご意見いただく部分が分かるよう記載してください。 |

※　任意の様式を使用する場合は、題名を「第３期データヘルス計画（案）についての意見書」と記載し、氏名、住所、日中の連絡先（電話番号）を記入してください。

◆意見の提出方法　　①郵送②ＦＡＸ③電子メール④持参のいずれか

　　　　　　　　　　※③電子メールで提出する場合はコンピュータウイルスへの感染防止のため、本様式は使用せず、必要事項をメール本文にテキスト形式で入力してください。

◆意見の提出先　　　兵庫県後期高齢者医療広域連合　総務課企画財政係（保健事業担当）

住　　　所　　　　　〒650－0021　神戸市中央区三宮町1丁目9番1－1201号

ＦＡＸ番号　　　　　078-326-2744

電子メールアドレス　hokenzigyou@kouiki-hyogo.jp