

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。	<input type="checkbox"/> 県内に住所を有する方 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 県内の事務所又は事業所に勤務する方 <input type="checkbox"/> 県内の学校等に在学している方 <input type="checkbox"/> 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](mailto:hokenzigyou@kouiki-hyogo.jp)