

「次期大阪府国民健康保険運営方針（素案）」に対する府民意見等の募集について

連絡先	フリガナ	
	氏名又は団体名【必須】	(団体のご担当者名：)
	住所又は所在地【必須】	〒 -
	電話番号【必須】	() -
	電子メールアドレス (任意)	

※上記【連絡先】欄内に記入していただいた事項については公表しません。

【個人情報の取扱いについて】

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。

□部分の塗りつぶし(■)、またはチェック(✓)を入れてください。

ご意見・ご提言内容の公表について【必須】	<input type="checkbox"/> 公表してよい	<input type="checkbox"/> 公表不可
ご意見・ご提言いただく「次期大阪府国民健康保険運営方針（素案）」の該当項目【必須】 ※1つだけ選択してください。複数項目にご意見のある方は、1項目1枚で、複数ご提出ください。		
序章	<input type="checkbox"/> 第1 基本的事項	
	<input type="checkbox"/> 第2 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	
第一章 保険財政の安定的運営	<input type="checkbox"/> 第1 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"/> 第2 市町村における保険料の標準的な算定方法	
	<input type="checkbox"/> 第3 市町村における保険料の徴収の適正な実施	
	<input type="checkbox"/> 第4 市町村における保険給付の適正な実施	
第二章 予防・健康づくり、医療費の適正化	<input type="checkbox"/> 第5 医療費の適正化の取組	
	<input type="checkbox"/> 第6 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	
第三章 事業運営の広域化、効率化	<input type="checkbox"/> 第7 市町村が担う事務の標準的、広域的及び効率的な運営の推進	
	<input type="checkbox"/> 第8 施策の実施のために必要な関係市町村相互間の連絡調整	
上記該当部分へのご意見・ご提言 ※2,000文字未満で記入をお願いします。		

【締切】令和5年11月14日（火曜日）24時（※郵送の場合は期間内必着）

【送付先】大阪府健康医療部健康推進室国民健康保険課事業推進グループ へ
○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。）
○FAXの場合 FAX番号 06-6944-6684