

「大阪府国民健康保険運営方針」の中間見直しに対する府民意見等の募集について

連 絡 先	氏名又は団体名	フリガナ (団体のご担当者名 :)
	住所又は所在地	〒 ー
	電話番号	() ー
	電子メールアドレス (お持ちの方のみ)	

※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。

ご 意 見 の 内 容	ご意見・ご提言内容の公表について ※いただいたご意見は原則公表します。 公表を希望しない場合は、右の□部分を塗りつぶす(■)か チェック(✓)を入れてください。		☐ 公表不可
	ご意見・ご提言いただく「大阪府国民健康保険運営方針」の該当項目 ※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	☐ 第1 基本的事項 ☐ 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	☐ 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 ☐ 第2 市町村における保険料の標準的な算定方法 ☐ 第3 市町村における保険料の徴収の適正な実施 ☐ 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	☐ 第1 医療費の適正化の取組 ☐ 第2 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	☐ 第1 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	
上記該当部分へのご意見・ご提言(今回ご意見・ご提言いただくのは「大阪府国民健康保険運営方針」の見直し箇所のみとなります。)※2,000文字未満でお願いします。			

【締 切】令和8年11月6日(金曜日)24時

(※郵送の場合は、令和8年11月6日(金曜日)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 あて

○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