意見提出用紙

**「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** | **氏名又は団体名【必須】** | **フリガナ** |
| **（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・提供しないとともに適正に管理します。

**□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】** | | **□公表してよい　　・　　□　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** | **□ 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５　医療費の適正化の取組**  **□ 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** | **□ 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**  **□ 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　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