静岡県後期高齢者医療広域連合
第四次広域計画（案）についての御意見

住所又は所在地		
氏　　名 （団体、企業等の方はその名称及び担当者名）		
連　絡　先 （いずれか一つで結構です。）	電　話　番　号	
	ＦＡＸ番号	
	電子メールアドレス	
区　分 （該当するものを選択してください）	□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の方 □県内に存する事務所又は事業所に勤務する方　□県内に存する学校等に在学する方 □県外に住所を有する広域連合の被保険者の方　□その他（　　）	

※　住所、氏名、電話番号等は、御意見に対して的確に広域連合の考え方を整理するため、御意見の趣旨を確認する場合に必要なものであり、その他の目的に使用することはありません。

御　意　見
※該当箇所（条項等）を明記した上で御意見ください。 該当箇所： 御意見：

【提出先】（１）郵送又は持参　〒420-0851
静岡県静岡市葵区黒金町 59 番地の７ニッセイ静岡駅前ビル３階
静岡県後期高齢者医療広域連合　総務室
（２）ＦＡＸ　054-272-3312
（３）電子メール　jimukyoku@shizuoka-ki.jp

【提出締切】　令和５年 12 月 25 日（金）※必着