

【意見提出用紙】

「沖縄県国民健康保険運営方針（第3期）中間見直し（素案）」
に対する御意見

氏名又は団体名 (必須)	団体の場合：担当者名（ ）
住所又は所在地 (必須)	〒 ー
連絡先 (必須) ※どちらか一方でも可	電話番号：（ ） メールアドレス：

※ 提出いただいた御意見の内容について、確認の連絡をさせていただく場合がありますので、氏名・住所・電話番号等は必ず記入してください。
(記入いただいた個人情報は公表いたしません)

御意見の内容
該当箇所： ※本文の中で、御意見のあるページ、箇所の文言を記入してください。 【記入例】素案〇〇ページ・〇〇行目
御意見： ※該当箇所が複数ある場合は、御意見の最初に該当箇所を記入してください。

[提出期限] 令和8年10月9日(金) 17時必着
[提出先] 〒900-8570 那覇市泉崎1-2-2
沖縄県保健医療介護部国民健康保険課 国保支援班
電話：098-866-2304
電子メール：aa030340@pref.okinawa.lg.jp