

石川県国民健康保険運営方針（案）について

【ご意見様式】

氏名 (名称)		*連絡先	(電話番号又はメールアドレス)
住所 (所在地)			
*年齢	<input type="checkbox"/> 20歳未満 <input type="checkbox"/> 20歳代 <input type="checkbox"/> 30歳代 <input type="checkbox"/> 40歳代 <input type="checkbox"/> 50歳代 <input type="checkbox"/> 60歳代 <input type="checkbox"/> 70歳以上		
*職業	<input type="checkbox"/> 会社員・団体職員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農林漁業 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 教員・公務員 <input type="checkbox"/> その他		
項目	<input type="checkbox"/> 第1章 基本的な事項 <input type="checkbox"/> 第2章 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3章 市町における保険料の標準的な算定方法及びその水準の平準化 <input type="checkbox"/> 第4章 市町における保険料の徴収の適正な実施 <input type="checkbox"/> 第5章 市町における保険給付の適正な実施 <input type="checkbox"/> 第6章 医療費の適正化の取組 <input type="checkbox"/> 第7章 市町が担う事務の広域的及び効率的な運営の推進 <input type="checkbox"/> 第8章 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 <input type="checkbox"/> 第9章 施策の実施のために必要な関係市町相互間の連絡調整等 <input type="checkbox"/> その他 ()		
【ご意見】			

注1：住所、氏名の記載がないものについては受付いたしませんのでご注意ください。

*印の項目については差し支えなければご記入ください。

注2：選択項目欄では、該当項目に☑（または該当項目の□を■に変更）してください。

注3：記入欄が不足する場合は、適宜、用紙を足すなどしてご記入ください。