

【意見記入用紙】

中津川市国民健康保険第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）

氏名 (法人・団体の場合は 名称と代表者名)	
住所 または 所在地	
※市外在住の場合 通勤・通学先の 所在地と名称	
ご意見	
ページ番号及び該当箇所をご記入ください。 (ご意見)	

提出期限

令和6年3月22日（金）まで

提出先

- (1) 郵送 〒508-8501 中津川市かやの木町2番1号
中津川市役所 市民保険課 保健係宛 (3月22日必着)
- (2) 直接提出
中津川市役所本庁舎1階 市民保険課
各総合事務所、地域事務所
※8時30分～17時15分（土・日曜日祝日を除く）の業務時間内
- (3) ファクス 0573-66-1375 (3月22日必着)
- (4) 電子メール kokuho@city.nakatsugawa.lg.jp (3月22日必着)

【市民保険課】