

医療費適正化 意見用紙

ご氏名 _____

頁	項 目	第3期計画の実績評価・第4期計画の改定に関するご意見等

送付期限：第3期計画の実績評価：12月25日（水）まで

第4期計画の改定：令和7年1月7日（火）まで

送付先：富山県厚生企画課医療保険係 FAX076-444-4440