弁明書

大分市長 殿

世帯主 (届出者)	住所			
	氏名		連絡先	

年 月 日付で通知のあった処分（療養の給付等に代えて、特別療養費の支給対象とする）について、下記のとおり弁明します。

●弁明の内容：

※いずれかを選択して番号に○をしてください。

1	世帯員に公費負担医療を受けている者がいるため、療養の給付等（本来の自己負担割合での受診等）が必要です。 提出書類：公費負担医療に係る届出書（届出書には、公費負担医療を受けることができる者であることを証する書類を添付します。）
2	国民健康保険税を納付できない特別の事情がありました。 提出書類：特別の事情に係る届出書（届出書には、特別の事情があることを明らかにする書類を添付します。）
3	1、2に該当しませんが、弁明したいことがあります。

<お問い合わせ先>

〒870-8504

大分市荷揚町2番31号

大分市市民部 国保年金課 収納第1担当班

電話097-537-5738（直通）

097-534-6111（代表） 内線1348・1349・1350