

弁 明 書

(あて先)福岡市 区長

世帯主住所 福岡市 区 丁目 番 号

氏 名

電話 番号

被保険者証の記号番号

令和 年 月 日付けで通知のあった処分予告(福岡県国民健康保険被保険者証の返還及び福岡県国民健康保険被保険者資格証明書の交付)について、下記のとおり弁明します。

↓いずれかを選択し、番号に○をしてください	
1	保険料を納付できない特別な事情がありました。
	◎ 様式第1号「 <u>特別の事情に係る届出書</u> 」に詳細を記入してください。 ◎ 記入されたら、本書と一緒に区役所に提出してください。
2	世帯員の中に公費負担医療を受けている者がいる為、被保険者証が必要です。
	◎ 様式第2号「 <u>公費負担医療(原爆一般疾病医療費の支給等)に係る届出書</u> 」に詳細を記入してください。 ◎ 記入されたら、本書及び添付書類(医療証等)と一緒に区役所に提出してください。
3	1, 2には該当しませんが、弁明したい事があります。
	◎ 下枠に弁明する内容をご記入の上、区役所に提出してください。