

第17号様式



療 費
高 額 療 費
特 別 療 費
國民健康保険移 送 費支給決定通知書
出産育児一時金・葬祭費
障害児育児手当金
標準負担額(差額)

第 号
年 月 日

様

横浜市 区長 印

さきに申請がありました について、審査の結果、次のとおり決定しましたの
で、通知します。

1 被保険者証記号・番号 40

受給被保険者氏名

2 支給決定金額 円

3 支払金額 円

4 該当(受診)年月日

この処分について分からぬことがあるときは、区役所 課 係へお問い合わせください。

(はがき大)

(備考)

様式の下欄には、教示について記載することができる。