

第18号様式

療 養 費  
高 額 療 養 費  
特 別 療 養 費  
国民健康保険移送費不支給決定通知書  
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

さきに申請のありました給付費の支給については、次の理由により不支給と決定しましたので通知します。

被保険者証 記号・番号	40 -	受給被保険 者 氏 名	
給 付 種 別	療養費、高額療養費、特別療養費、移送費、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)		
申 請 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	申 請 金 額	円
不 支 給 の 理 由	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div>		

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

(A4)

(備考)

- 1 紙色は白、刷色は緑とすること。
- 2 様式の下欄には、教示について記載することができる。