

第18号様式



療 養 費
高 額 療 養 費
特 別 療 養 費
國民健康保険移 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	----- ----- -----		

この処分について分からぬことがあるときは、区役所の
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。