

第4号様式(第6条)

医療費受給資格消滅通知書

○

第 号

年 月 日

様

横浜市長

印

次の理由により医療費の受給資格が消滅しましたので通知します。

理 由	
-----	--

(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。

(郵便はがき大)