

医療費支給決定通知書

第 号  
年 月 日

様

横浜市長 ☐ 印

年 月 日に申請のありました医療費の支給については、次のとおり決定しましたので通知します。

医 療 証 番 号	
対 象 者 氏 名	
支 給 決 定 金 額	
該 当 (診 療)年 月 日	年 月 日
一 部 不 支 給 の 理 由	
支 払 方 法	

(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。

(はがき大)