

医療費不支給決定通知書

○

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、次の理由により不支給と決定しましたので通知します。

医 療 証	記 号		不 支 給	
	番 号			
対 象 者 名 氏 名			の 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)