

様式第2号（第7条関係）

附加給付内容証明願					
保 險 者 名					
被 保 險 者 証	番 号				
被扶養者	住 所			性 別	男 ・ 女
	氏 名			生年月日	年 月 日
<p>上記被扶養者について、次のとおり附加給付の内容を証明してください。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>保険者又は事業主 様</p> <p style="text-align: right;">被保険者 組 合 員 ⑩</p>					
<p>各保険者（事業主）にお願い</p> <p>この証明書は、掛川市が実施している医療費助成に使用するものですから、御協力願います。</p> <p style="text-align: right;">掛川市長 氏 名</p>					
証 明 書					
附加給付の内容	(算式)				
<p>上記のとおり証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地 保険者又は事業主 名 称 代表者 ⑩</p>					