様式第２号（第７条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附加給付内容証明願 | | | | | | |
| 保険者名 | |  | | | | |
| 被保険者証 | | 番　号 |  | | | |
| 被扶養者 | 住所 |  | | | 性　別 | 男　・　女 |
| 氏名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 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。  年　　月　　日  　保険者又は事業主　様  被保険者組 合 員 | | | | | | |
| 各保険者（事業主）にお願い  　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。  掛川市長　氏　　　　名 | | | | | | |
| 証　　　　　明　　　　　書 | | | | | | |
| 附加給付の内容 | （算式） | | | | | |
| 上記のとおり証明します。  年　　月　　日  所在地  保険者又は事業主　名　称  代表者 | | | | | | |