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　　　　　　　　　 |