## 附加給付内容証明願

保 険 者 名		健康保険組合 ・ 共済組合			支部					
被保険者証		記	号		番	号				
被保険者(被扶養者)	住所									
	氏名									
	(受給者)				(		年	月		日生)
上記の被保険者について、次のとおり附加給付の内容を証明してください。										
保険者又は						年	月		日	
事業主			様							
被保険者又は <u>組 合 員</u>										
※ 各保険者	省(事業主)	にお願い	l)							
この証明書は、御前崎市が実施している医療費助成事業に使用しますので										
証明いただきますよう御協力願います。						御前	崎 市	長		

【重要】国民健康保険、政管健保(保険者が<u>〇〇社会保険事務局となっているもの</u>)、協会けんぽの方及び 後期高齢者医療の方は「附加給付」がありませんので、提出の必要はありません。

## 附加給付証明書 ※保険者又は事業主が記入

附加給付 算式		不支給都	頁:	円未満
附加給付なしの 場合は「なし」 と記入	欄に入りきらない場合は別紙に記載し、証明書にホチキス留めしてください。	端数切捨	きて:	円未満
標準報酬	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ 才 ※附加給付の有無に関わらず、該当区分に	+ + / 111-	2.28.65	
月額区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ※附加給付の有無に関わらず、該当区分に	.丸を付けて	くたさい	\ <u>`</u>
上記のと	おり証明します。			
		年	月	日
	保険者又は 所在地			
	事 業 主 名 称			印
	代表者			