

様式第2号(第5条、第6条関係)

付 加 給 付 内 容 証 明 願			
保 險 者 名			
被 保 険 者 名	記 号	番 号	第 号
被 保 険 者	住 所	御前崎市	
	氏 名		
<p>上記被保険者について、次のとおり付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(事業主) 様</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: center;">被保険者</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p>各保険者(事業主)にお願い</p> <p>この証明書は、御前崎市が実施している医療費助成制度に使用するものですから御協力をお願いします。</p>			
証 明 書			
付加給付の内容	(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: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">保 險 者 (事 業 主) 名 称</p> <p style="text-align: center;">代 表 者 名</p>			