

<h2 style="margin: 0;">附 加 給 付 内 容 証 明 願</h2>				
保 険 者 名				
被 保 険 者 証	記 号		番 号	第 号
被 保 険 者	住 所			
	氏 名			
<p>上記被保険者について、次のとおり附加給付の内容を証明してください。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>保険者（事業主）</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">被保険者 氏 名</p> <p style="text-align: right;">電 話 ()</p> <p>各保険者（事業主）にお願い この証明書は、伊豆の国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>				
<h2 style="margin: 0;">証 明 書</h2>				
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</p> <p style="text-align: right;">保険者（事業主） 名 称</p> <p style="text-align: right;">代表者名</p>				