

様式第3号その1(第7条関係)

一部負担還元金内容証明(変更証明)願			
保険者名			
被保険者証	記号		番号
被扶養者	住所		
	氏名	男・女 年 月 日生	
<p>被保険者(組合員・加入者)及び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。</p> <p>年 月 日</p> <p>保険者又は事業主 様</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: center;">被 保 険 者 (組合員・加入者) 氏名</p>			
<p>各保険者(事業主)にお願い</p> <p>この証明書は、静岡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。</p> <p style="text-align: right;">静岡市長 難波 喬司</p>			
証明(変更証明)書			
一部負担還元金の内容	(算式)		
<p>上記のとおり証明します</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地 保険者又は 事業主 名称 代表者</p>			