

様式第3号その2(第7条関係)

附加給付(家族療養附加金・合算高額療養附加金)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。 年 月 日 保険者又は事業主 様 </p> <p style="text-align: right;"> 住所 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 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			
附加給付の内容		(算式)	
<p> 上記のとおり証明します 年 月 日 </p> <p style="text-align: right;"> 保険者又は 所在地 事 業 主 名 称 代 表 者 </p>			