

付加給付等証明書

医 療 保 険 の 種 類			
記 号 番 号	記 号 第 号		
被 保 険 者 氏 名			
被 扶 養 者 氏 名		被 保 険 者 と の 続 柄	
療 養 付 加 給 付 等 の 内 容	法 定 給 付		
	そ の 他 の 付 加 給 付		
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 健康保険組合又は共済組合 所在地 名 称 氏 名 連絡先			
印			