

医療付加金等の証明書

被保険者	氏名		住 所	野田市
受給資格者	氏名		生年月日	年 月 日
医療に係る付加金等の有無	有 ・ 無			
有の場合その内容 (積算の方法)				
上記のとおり相違ないことを証明する。				
平成 年 月 日				
名称				
健康保険組合 住所				
代表者名				