

医療付加給付等の証明書

被保険者証又は共済組合員証の記号番号							
被保険者 (又は組合員)	氏名				住所	野田市	
上記の者が 扶養してい る被扶養者	氏 名				生 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)							
<p>上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p>名 称</p> <p>健康保険組合 住 所</p> <p>代表者名 印</p>							

(注意)

- この証明書は、全国健康保険協会管掌保険及び国民健康保険に加入の場合は必要ありません。
- 上記以外の保険で初めて、この申請をする者は、この証明が必要です。(2回目以降は不要となります。ただし、保険の種類又は給付内容が変更されたときは、初回同様この証明が必要です。)