

医療費付加金等の支給証明書

被保険者 (又は組合員)	氏名		住所	
上記の者が扶養している被扶養者の氏名及び生年月日	氏		生	年 月 日
			年	年 月 日
	名		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 (精算の方法)				
上記のとおり相違ないことを証明する。				
				年 月 日
<p style="text-align: center;">名 称 健康保険組合 住 所 代表者名</p>				
				㊟