様式第2号（第5条関係）

附加給付

決定権者

被保険者

又は組合員名

続柄　　　氏名

保険給付

（附加給付）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家族療養費に係る　　　　　　証明願  附加給付決定権者　　　　殿  特別医療費受給資格証交付申請書　　　　　　　　　　　　　に添付するため下記事項について証明を願います。  　　　　　年　　月　　日  住所  ㊞ | | | | | |
| 証明書 | | | | | |
| 勤務所属名 |  | | | | |
| 同上所在地 |  | | | | |
| 保険者名 |  | | 所在地 |  | |
| 保険証  記号番号 | 第　　　　号 | | 資格取得  年月日 | 年　　月　　日 | |
| 家族療養費にかかる附加給付の支給基準  詳細に記入  願います。 | 附加給付　　支給基準 | | | | |
| 附加給付決定権者 | | 所在地 | | | |
|  | |  | | | |
| ※　代理受領委任状によって  家族療養費附加給付金を | | 長へ | | | 1　送金する  2　送金できない |
| 上記のとおり証明する。  　　　年　　月　　日  ㊞ | | | | | |

（注）　1　※欄を必ず記入してください。（番号を○で囲む）

2　この証明書は、2部（複写）作成し、1部は証明者が保管し、1部は町長へ提出してください。