様式第２号（第７条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 家族療養費に係る | 保険給付（附加給付） | 証明書 |
| 附加給付決定権者　　　　様特別医療費受給資格証交付申請書（続柄　　氏名　　　　）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　　　　　　　　　　　 |
|  | 被保険者又は組合員名 | ㊞ |
| 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 |
| 家族療養費に係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 |
|  | 附加給付決定権者 | ㊞ |

（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。