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。