様式第２号（第６条関係）

<table>
<tr><td colspan="5">附 加 給 付 内 容 証 明 願</td></tr>
<tr><td colspan="2">保 険 者 名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">被保険者証</td><td>記号番号</td><td colspan="2">第　　号</td></tr>
<tr><td rowspan="2">対象者</td><td>住　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td>男・女</td><td>年　月　日生</td></tr>
<tr><td colspan="5">上記対象者について、次のとおり附加給付の内容を証明して下さい。
年　月　日
保険者又は
事　業　主　氏名　　あて
被保険者
組 合 員　氏名</td></tr>
<tr><td colspan="5">各保険者（事業主）にお願い
　この証明書は袋井市が実施している医療費助成に使用するものですから、ご協力願います。
袋井市長　大場　規之</td></tr>
<tr><td colspan="5">証　　明　　書</td></tr>
<tr><td>附加給付の内容</td><td colspan="4">（算式　　）</td></tr>
<tr><td colspan="5">上記のとおり証明します。
年　月　日
所在地
保険者又は
事　業　主　名　称
代表者</td></tr>
</table>