

付加給付内容証明願			
保 險 者 名		記 号 番 号	
氏 名			
住 所			
<p>付加給付の内容について、次のとおり証明願います。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者又は 組合員氏名 ⑩</p>			

証 明 書	
1 付加給付の有無	有 ・ 無
2 付加給付の内容	
3 摘要	
<p>上記のとおり証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">保険者又は事業主 ⑩</p> <p style="text-align: center;">事務担当者 所属部署 職・氏名 電話番号</p>	