附　加　給　付　に　関　す　る　証　明

現在、会津若松市では、乳幼児医療費・ひとり親家庭医療費の助成を行っております。

その際、健康保険組合等で附加給付の制度がある場合には、附加給付額を控除して助成することが条例で定められているため、下記に給付内容（算定式・端数処理・不支給額・当該制度の施行年月日など）の証明をお願い申し上げます。

なお、附加給付の制度がない場合は、「なし」と記入し、附加給付の制度があっても市に医療費助成の制度があれば給付を行わない場合は、給付内容を記入の上「市に医療費助成の制度があれば給付を行わない」と記入するようお願い申し上げます。

また、定款・規約の写しの添付もお願い申し上げます。

当事業所においては、被保険者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿と被扶養者（児童氏名）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に対する附加給付は次のとおりです。

給付内容
保険者番号＿＿＿＿＿＿＿＿　保険者名＿＿＿＿＿＿＿＿

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成　　年　　月　　日

事業所又は保険者の代表者　　住所

名称　　印

［問い合わせ先］

会津若松市役所児童家庭課　児童家庭支援グループ　☎０２４２－３９－１２４３