

年 月 日

栄町長 様

栄町高額療養費又は付加給付についての証明書

被 保 険 者	ふりがな 氏名		住所	
受 給 資 格 者	ふりがな 氏名		生年 月日	年 月 日
該 当 月	年 月分			
高額療養費の 有 無	有 ・ 無	支給額 円		
付 加 給 付 の 有 無	有 ・ 無	支給額 円		
内 容 (有の場合)				

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

健康保険組合等保険者名

住 所

代表者名

