第３号様式（第５条関係）

精神障害者医療費付加給付等証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険の種類 |  | | |
| 被保険者証又は共済組合員証の記号番号 |  | | |
| 被保険者氏名 |  | | |
| 被扶養者氏名 |  | 被保険者 との続柄 |  |
| 保険給付の割合 |  | | |
| 法定付加給付（高額療養費）  以外の療養付加給付等の内容  （給　　　付　　　率） |  | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。  年　　月　　日  　富津市長　様  所在地  名称  　代表者氏名　　　　　　　　　　印 | | | |