

決 議	課長	課長補佐	係長	係

第6号様式

付加給付内容証明願	
保険者名	記号・番号
氏 名	
住 所	
<p>付加給付の内容について、下記のとおり証明願います。</p> <p>年 月 日</p> <p>被保険者又は 組合員氏名 印</p> <p>保険者又は 事業主 様</p>	

証 明 書	
付加給付内容	
適 用	
<p>上記のとおり証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>保険者又は 事業主 印</p>	