

※受給券 番号等	福 祉 番 号	受給者番号

附 加 給 付 返 還 確 約 書

年 月 日

湖南市長 あて

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印

【助成対象者】が、市の福祉医療費助成制度の対象となる医療の給付を受けたときは、家族療養費附加金相当額を【被保険者】に代わって医療機関等に支払ってください。

なお、【健康保険組合・共済組合等】から家族療養費附加金を支給されたときは、さきに市が医療機関等に支払った家族療養費附加金相当額を、市の指定する方法により返還することを確約します。

助成対象者氏名	
被保険者氏名	
健康保険組合・共済組合等名称	

(注) 1 ※欄は記入しないでください。

2 ご本人が署名する場合は、印鑑は不要です。