

常務理事	事務長	担当

## 在宅療養支援 支給申請書

被保険者証 の記号番号	記号	生年月日	昭和 平成	年	月	日	資格取得 年 月 日	平成 令和	年	月	日
	番号										
被保険者 氏名	フリガナ										
在宅療養者 氏名	フリガナ			生年月日	昭和 平成	年	月	日	続柄		
現住所	〒										
	電話 ( )										
介護内容	1: 用品購入 (用品名 )										
	2: 用品レンタル (用品名 )										
3: ショートステイ (日時/令和 年 月 日~令和 年 月 日)											
(施設名/ )											
4: 入浴サービス (日時/令和 年 月 日)											
5: 介護サービス (日時/令和 年 月 日)											
<ホームヘルパー> (委託先/ )											
実費負担額計			添付領収書枚数			備考 (※領収書には費用の明細を明記してください)					
円			枚								
円			枚								
円			枚								
被保険者 振込先	銀行 支店 普通 当座 No.										
	口座名義 (カナ)										
上記のとおり申請します。											
令和 年 月 日											
住所 〒											
被保険者 電話 ( )											
氏名											
アボット健康保険組合理事長 殿											

受付日付印