| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
|---|---|---|
| | | |

# 在宅療養支援　支給申請書

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 健康保険の記号番号 | 記号<br>番号 | 生年月日 | 昭和<br>平成 | 年 | 月 | 日 | 資格取得<br>年 月 日 | 平成<br>・<br>令和 | 年 | 月 | 日 | |
| 被保険者<br>氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | | | | |
| 在宅療養者<br>氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 | 月 | 日 | 続柄 | | | | | |
| 現住所 | 〒<br>電話　　（　　） | | | | | | | | | | | |
| 介護内容 | 1：用品購入　（用品名　　）<br>2：用品レンタル　（用品名　　）<br>3：ショートステイ　（日時／令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日）<br>（施設名／　　）<br>4：入浴サービス　（日時／令和　　年　　月　　日）<br>5：介護サービス　（日時／令和　　年　　月　　日）<br>＜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<br>（※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<br>振 込 先 | ☐マイナポータルで事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は下記の欄を記入。）<br>※口座情報の反映には登録から数日を要します。 |
| | 銀行　　支店　　普通<br>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