

関係会社名	
印	

大阪ガス健康保険組合

\*大阪ガス社員は関係会社印不要。直接健保へ送付  
 \*関係会社直接採用者は総務担当者へ送付

大阪ガス健康保険組合 御中

## 在宅介護費受給者認定申請書

\*入力せず直筆記入

被保険者名 氏名コード			
在宅介護を受けている者	住 所		
	氏 名		
	生年月日 (明治・大正・昭和) 年 月 日生	被保険者との続柄	
主に介護をしている者	住 所		
	氏 名		
	生年月日 (明治・大正・昭和) 年 月 日生	被保険者との続柄	
在宅介護を始めた日	(昭和・平成) 年 月 日頃		
病 名		発病または負傷の 年 月 日	
発病または負傷の原因			
病院または診療所に入院 したときはその期間	年 月 日から 年 月 日まで	左記期間に入院し た病院または診療所 の名称と電話番号	
老人ホームに入所した ときはその期間	年 月 日から 年 月 日まで	左記期間に入院し た老人ホームの名 称と電話番号	
過去に受給者認定の 有 無	( 無 ・ 有 ) →	過去の受給期間	年 月 日から 年 月 日まで
上記のとおり申請します。		被保険者 住所 電話 氏名	平成 年 月 日

※ 申請時には必ず介護保険被保険者証のコピーを添付お願いします。

※ 当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。