

認定調査連絡事項

※各設問の該当する項目に☑のうえ、必要事項を記入してください。

訪問調査先	<input type="checkbox"/> 自宅	住所	※表面の被保険者住所と同じ場合は記入不要です。			
	<input type="checkbox"/> 施設 病院等		電話番号 ()			
		施設名 病院名	入院病棟： 病棟 階 号室			
		入院・入所日	年 月 日 頃			
		入院中の方は現在の心身の状況、病名等について記入	(例) ○月○日△△△の手術をして入院中。転倒し△△△を骨折など 〔 〕			
		退院・転院・退所	年 月 日 頃 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 退所 予定あり <input type="checkbox"/> 予定あり <input type="checkbox"/> 予定なし 転院等の予定先をご記入ください。			
調査時立会人	<input type="checkbox"/> 立会 あり <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設・病院職員 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 立会 なし	フリガナ			本人との 続柄	
		氏名				
		電話①	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 ※平日日中に連絡が取れる連絡先			
		電話②	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 ※平日日中に連絡が取れる連絡先			
	※日頃の生活の様子を正しく調査するため、ご家族等の立会をお願いしています。 ※施設や病院の職員の方を立会人とする場合には、事前に施設等とご相談したうえでご記入ください。 ※ケアマネジャーの立会は原則認めておりませんが、例外として次のようなケースでは立会を認めています。 ・認定を受けようとする方が施設入所者であって、施設職員として立会う場合 ・認定を受けようとする方に認知症状等があり、独居や遠方であるなどの理由によりご家族等の立会が難しい方					
調査日の希望		※立会人含め、ご都合の悪い曜日、時間帯がある場合にはご記入ください。 【原則として平日の午前9時30分から、または午後1時30分からで日程調整をします。】				
連絡事項		調査の際に配慮することなどがあればご記入ください。				

市記入欄

*市役所処理欄	受付	<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 平川	<input type="checkbox"/> 長浦	受付	入力	確認	保険料
被保険者証	<input type="checkbox"/> 処理済	<input type="checkbox"/> 未回収						
予診票	<input type="checkbox"/> 添付有	<input type="checkbox"/> 添付無						
資格者証	<input type="checkbox"/> 手渡し	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 未交付					