

認定調査連絡票 更新

被保険者名 _____

訪問調査について

面接日程の 連絡先	立会について	
	<input type="checkbox"/> 立会います <input type="checkbox"/> 立会いません	
	電話（日中連絡のつくものでお願いします）	
	自・勤・携・他（ ）	
	ふりがな	被保険者との関係
氏名		
調査の場所	* 保険証に記載されている住所と異なる場合は記入して下さい。 入院の場合は病院名・病棟・病室。入所の場合は施設名。	
サービス利用状況	*	

主治医意見書を願う医師への受診について

定期的に診察を受けている	<input type="checkbox"/> はい（月・週 回） <input type="checkbox"/> いいえ
何科に受診していますか	
最近の受診はいつですか	年 月 日
次回の受診はいつですか	年 月 日

調査時に配慮 すること	事前に調査員に伝えておきたいことなどがあれば
調査員車両の 駐車場の有無	<input type="checkbox"/> 有（場所 ） <input type="checkbox"/> 無

保険者が、地方公共団体情報システム機構（住民基本台帳ネットワーク）への確認や、住民基本台帳の確認等によって番号確認をすることに同意します。

本人氏名 _____