

介護保険 訪問調査連絡票

この連絡票をもとに、調査員が電話で連絡の上、訪問調査日時をご相談させていただきます。

① 訪問調査実施希望先

調査実施希望先 (いずれかに○)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 被保険者（本人）の自宅 ・ 医療機関 (病院名 :) ・ 介護保険施設 (施設名 :) ・ その他 ()
---------------------	--

ご希望の場合 は自宅以外を 記入	調査希望先住所	〒
	調査希望先 電話番号	(階 号室)

※ ご自宅をご希望の場合でも、住所が保険証記載の住所と異なる場合は調査希望先住所をご記入ください。

② 調査時の同席について (1、2どちらかに○をしてください)

1. 同席する

フリガナ		被保険者 との続柄	
同席者氏名			
電話番号			

2. 同席しない

③ 認定調査結果通知等の送付先 (1、2どちらかに○をしてください)

1. 訪問調査先の住所へ送付

2. 上記以外

送付先住所	〒
	(様方)

④ 備考 (訪問調査実施に関して留意事項等ありましたら記入してください)

◎担当者確認欄

<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号通知カード	<input type="checkbox"/> 個人住民票	<input type="checkbox"/> 職権
本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳
	<input type="checkbox"/> その他()		
<input type="checkbox"/> その他2点(保険証・診察券・キャッシュカード・通知書・公共等の領収証)			