

被保険者氏名

認定調査員への連絡事項

1. 調査日の調整はどなたに連絡すればよろしいですか。	
<input type="checkbox"/> 本人	フリガナ
<input type="checkbox"/> 申請代行者 (表面と同じ)	氏名
<input type="checkbox"/> その他 (病院・施設)	本人との関係
	してください。
2. 調査の実施場所	
<input type="checkbox"/> 申請書に記載の住所)
<input type="checkbox"/> その他	
	階)
3. 新規申請、要支	
4. 入院中の場合、	
入院理由]
手術日	
5. 現在治療中の病	
<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖	など
<input type="checkbox"/> その他]
6. 該当する項目、	
<input type="checkbox"/> 病名を本人に告げ	
<input type="checkbox"/> 本人のいない場所で	
<input type="checkbox"/> 同時申請あり)
<input type="checkbox"/> 調査を急いでほしい	
理由 (例: 終末期のため)
<input type="checkbox"/> そのほか、調査員に事前にお知らせしておきたいことがあればご記入ください。	
[]

認定調査を行うにあたり教えていただきたい項目です。

1～6全ての項目にご回答の上、申請書と一緒に提出をお願いします。

<受付処理欄>

受付者		申請方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送
-----	--	------	--