

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

訪問	被保険者が現在いる場所(訪問調査場所)	<input type="checkbox"/> 住所地(住民票登録地) <input type="checkbox"/> 病院へ入院中 <input type="checkbox"/> 施設へ入所中 <input type="checkbox"/> その他 ※住所地以外の場合は下記へ住所等記入 〒716-0043 高梁市原田北町1234 病院(施設)名: <u>高梁〇△病院</u> 部屋番号等: <u>西</u> 病棟 <u>3</u> 階 <u>305</u> 号室		
	転院・転居の予定	<input type="checkbox"/> 有 (いつ頃: _____) <input type="checkbox"/> 無		
調査	調査の立会者	立会の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(<u>申請提出者</u> ・ その他) ※その他の場合は以下(氏名・電話番号等)の項目をご記入ください。	
		フリカ、ナ氏名		本人との関係
		電話番号	※日中連絡がとれる連絡先をご記入ください。	
	日程調整の先連絡	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 立会者	連絡時間	<input type="checkbox"/> いつでも <input checked="" type="checkbox"/> その他(月・水の9:00~17:00は電話に出られません) ※都合が悪い曜日や時間帯などありましたらご記入ください

本人情報	家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居家族有[夫・妻・子・子の配偶者・孫・父・母・ <u>その他</u> (<u>弟・弟の妻</u>)]		
	申請の理由	<input type="checkbox"/> 病院から勧められた <input type="checkbox"/> 家族や知人から勧められた <input type="checkbox"/> その他(_____)		
	主な病歴等	疾病名など	いつ頃から?	
		糖尿病(状態が落ち着き、今は薬も飲んでいない) 高血圧症(内服治療中) 脳梗塞	平成20年 6月頃から 平成25年 4月頃から 平成30年 2月頃から _____年 月頃から _____年 月頃から	
	申請目的(利用したい介護サービス等記入)	平成30年2月に脳梗塞で入院し、退院後に施設入所を希望しているため。		
	訪問調査時の注意事項	例)本人にがんを告知していません。認知症状があり本人の前で話せないことがあります。等 最近の状態は看護師から聞き取りをお願いします。最近では物忘れなど増えてきて、認知症もありそうですが、本人の前では話せないのので、部屋の外でお話ををお願いします。		

※認定結果は、住所地又は送付先設定先の住所へ郵送します。

以下、市記入欄

受付場所					受付印
<input type="checkbox"/> 窓口(本庁・地域局・市民センター) <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他(_____)					
身元確認	番号確認	受給資格証明書	保険料未納	調査委託者名	
		※転入時のみ確認 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		