

# 現況確認票

被保険者	申請種別	新規・更新・変更		被保険者証 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収(再交付申請済)	
	フリガナ				男・女 歳
	氏名				
居所	住所地・住所地以外 (階号室)				
調査に関する連絡先 (日中連絡が取れる電話番号)	TEL	① ( ) 氏名: 本人との関係:	② ( ) 連絡の取れる時間帯:		
調査立会希望	有	氏名: 本人との関係:	住所: 同居 町内 町外( )	無	
被保険者の状況	会話	ア、可 ( 難聴 失語 筆談 ) イ、不可 ( )			
	歩行	ア、可 ( 歩行器 杖 ) イ、不可 ( 車いす )			
	認知	ア、なし イ、軽度 ウ、中度 エ、重度 ( )			
提出代行者(担当ケアマネジャー)	事業者名 氏名				
調査を希望する曜日、時間	( 月 火 水 木 金 ) 午前 午後 <input type="checkbox"/> いつでも可				
調査時に注意してほしいこと サービス利用希望・状況等					
保険証送付先	本人送付先に郵送 ・ 提出代行者に郵送 ・ 提出代行者に窓口交付				

受付者

-----  
切り取り線

# 現況確認票

被保険者	申請種別	新規・更新・変更		被保険者証 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収(再交付申請済)	
	フリガナ				男・女 歳
	氏名				
居所	住所地・住所地以外 (階号室)				
調査に関する連絡先 (日中連絡が取れる電話番号)	TEL	① ( ) 氏名: 本人との関係:	② ( ) 連絡の取れる時間帯:		
調査立会希望	有	氏名: 本人との関係:	住所: 同居 町内 町外( )	無	
被保険者の状況	会話	ア、可 ( 難聴 失語 筆談 ) イ、不可 ( )			
	歩行	ア、可 ( 歩行器 杖 ) イ、不可 ( 車いす )			
	認知	ア、なし イ、軽度 ウ、中度 エ、重度 ( )			
提出代行者(担当ケアマネジャー)	事業者名 氏名				
調査を希望する曜日、時間	( 月 火 水 木 金 ) 午前 午後 <input type="checkbox"/> いつでも可				
調査時に注意してほしいこと サービス利用希望・状況等					
保険証送付先	本人送付先に郵送 ・ 提出代行者に郵送 ・ 提出代行者に窓口交付				

受付者