

認定調査について(お願い)

調査の連絡がなかなか取れない場合があります。

連絡や調査がスムーズに行えるよう下記にご記入をお願いします。

被保険者氏名 _____

申請区分： 新規 ・ 区変 ・ 更新

認定調査について	調査連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外(氏名 _____ 本人との関係 _____)	
		昼間連絡先	自宅：
			携帯：
	調査の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他(親類宅など _____)	
		住所・名称 (本人自宅の場合は記入不要)	
	調査の立ち会い	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(氏名 _____ 本人との関係 _____)	
	調査の不都合日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(不都合日 _____)	
連絡希望時間	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(午前・午後 _____ ~ _____ 時頃 _____)		
連絡事項			