

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 <small>（本人自宅の場合は記入不要）</small>	
	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			