

認定調査連絡票

医療保険加入確認（第2号：40～64歳）
被保険者証の回収（有・無・再交付）

<記入上の注意事項（裏面）>

受付確認欄は区役所福祉課で記入します。

申請者記入欄を以下のとおり記入します。

代行申請を行う居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護保険施設が調査を実施する場合には、申請者記入欄の記入は不要です。

- ① 『調査場所』欄
 - ・居宅、入院先、施設、その他のうち該当するものに☑します。
 - ・調査場所が入院先の場合、入院先の名称、病棟、入院開始日、病名、転院・退院予定の有無や日付を記入します。
 - ・調査場所が施設の場合、施設名を記入します。
 - ・調査場所が子の自宅等、住民票住所とは異なる場所の場合は、その他を選択し住所等を記入します。
- ② 『生活状況』欄
 - ・独居、同居（配偶者のみ）、同居（ ）のうち該当するものに☑します。
- ③ 『調査立会人』欄
 - ・調査立会人の有無を記入します。有の場合は、調査に立ち会う方の氏名、続柄、日中連絡がとれる電話番号を記入します。
- ④ 『連絡先』欄
 - ・日程調整の連絡先として該当するものに☑します。調査立会人以外の場合は、日中連絡がとれる電話番号を記入します。
- ⑤ 『本人の状況』欄
 - ・認知機能の低下の有無を記入します。
 - ・難聴の有無を記入します。有の場合は、筆談や手話が必要かどうかを記入します。
- ⑥ 『その他』欄
 - ・心身や生活の状況などを具体的に記入します。

※要
注
意

入
退
院
・
入
退
所
等
で
生
活
場
所
が
変
更
と
な
っ
た
場
合
、
原
則
1
週
間
以
上
経
過
し
て
か
ら
の
調
査
と
な
り
ま
す。

受付確認欄 (受付者：)

認定調査依頼先 包括・居宅 **記入不要**

電話番号 ()

主治医意見書⇒自宅・直送・施設・窓口渡し【本人・家族・ケアマネ・その他 ()】

申請者記入欄
代行申請を行う居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護保険施設が調査する場合には記入不要です。当てはまるものに☑し、()に記入してください。

① 調査場所	<input type="checkbox"/> 居宅
	<input checked="" type="checkbox"/> 入院先 (<input checked="" type="checkbox"/> ×病院) 病棟 (A病棟2F)
	入院開始日 (20××年 4月 1日) 病名 (大腿骨骨折)
	転院予定 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有⇒ ()年 ()月 ()日頃 転院先 ()
	退院予定 <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有⇒ ()××年 ()月 20日 頃
	<input type="checkbox"/> 施設 ()
	<input type="checkbox"/> その他 ()住所 ()
② 生活状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 (配偶者のみ) <input type="checkbox"/> 同居 ()
③ 調査立会人	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ 氏名 (<input checked="" type="checkbox"/> ×病院 田中看護師) 続柄 (看護師)
	電話番号 (082-504-2363) ※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。
④ 連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 調査立会人 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (<input checked="" type="checkbox"/> ×病院 佐藤相談員)
	電話番号 (082-504-2136) ※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。
⑤ 本人の状況	認知機能の低下 (<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
	難聴 (<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 筆談や手話が必要ですか <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要)

⑥ その他 (心身や生活の状況などを記入してください)

第2号被保険者の方で「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」の写しを提出する場合は、こちらに貼り付けをお願いします。

マイナ保険証を保有している場合

次の1・2のいずれかを準備してください。

- 1 スマートフォン等でマイナポータルからダウンロードした「医療保険の資格情報画面」又はマイナポータルにアクセスして医療保険の被保険者資格情報が表示された画面を提示してください。
※ マイナポータルへのログインには、マイナ保険証と数字4桁の暗証番号の入力が必要です。
- 2 医療保険者が交付する「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」の写しを提出してください。

マイナ保険証を保有していない場合

医療保険者が交付する「資格確認書」の写しを提出してください。

・郵送で申請する場合
医療保険者が交付する「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」の写しを提出してください。

(3)40歳以上で、要介護・要支援認定（申請中も含む）を受けていた方が転入された場合は、**転入日から14日以内**に要介護度を引き継ぐための申請をしてください。前住所地で受給資格証明書の交付を受けた場合は提出してください。