



(2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			
医療保険者番号		医療被保険者証記号番号	
被保険者名		続柄	
取得日	昭・平・令	年	月 日

他法優先給付等	<input type="checkbox"/> 労働災害等補償給付	<input type="checkbox"/> 公務災害補償給付	<input type="checkbox"/> 国家補償的給付	<input type="checkbox"/> 第三者行為等
---------	------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

公費負担医療名		開始日	昭・平・令	年	月	日
---------	--	-----	-------	---	---	---

認定調査時等の連絡先 (日中、確実に連絡がとれるところ)	調査時立ち合いの希望	1 有り	2 無し
	[氏名: _____]	本人との関係: _____	]
調査日程についての留意事項 (透析等定期的な通院や予定があれば記入してください)	電話番号(携帯電話含む)	① ( _____ )	
月 火 水 木 金		② ( _____ )	
( _____ )	[氏名: _____]	本人との関係: _____	]

訪問調査場所 (下欄参照)	1 被保険者住所 (表面に記入した住所)			
	2 入所・入院先 (表面に記入した施設)			
	[住所: _____]	方	電話番号	( _____ ) ]
	3 その他			
	[住所: _____]	方	電話番号	( _____ ) ]

※記入上の留意事項 (必ずお読みください。)

○現在の施設・医療機関等への入所・入院の状況

- ・申請日現在、入所・入院されている方は、施設名・医療機関名を記入してください。(退所・退院は予定日を記入してください。)

○居宅でのサービスの利用の状況

- ・あなたが現在受けている居宅でのサービス(サービス計画含む)のすべてについて、その種類及びそのサービスを提供している法人名等を記入し、(介護予防)通所介護(デイサービス)、(介護予防)通所リハビリテーションについては、利用する曜日に○をしてください。(短期入所及び認知症対応型共同生活介護を除く)また、訪問サービス(訪問介護、看護、リハ等)の利用がある場合は、曜日や時間帯を記入してください。  
[記入例] サービス計画:(株)○○○○、 訪問介護:(福)○○○○、 訪問看護:(医)○○○○

○主治医

- ・主治医(1名)の氏名・医療機関名・所在地・電話番号を正確に記入してください。
- ・市から主治医へ介護保険意見書を求めますので、本人等(家族・代理人)から、主治医に事前の連絡(介護保険認定申請を行う旨など)を必ずお願いします。また、最終診察日(区分変更以外の申請は2カ月以内、区分変更は区分理由発生時以降の受診日)の記入を必ずお願いします。
- ・転入したばかりで主治医がいない等の理由がある場合は、甲府市の指定する医師の診断を受けて頂くことにより、認定の手続きができますので申し出てください。
- ・申請中に入院・転院等により、主治医を変更される場合は、連絡をお願いします。

○訪問調査場所

- ・訪問調査場所の該当する番号に○をし、2または3に○をした方は住所・電話番号も記入してください。

○特定疾病名

※2号被保険者は次の特定疾病によることが認定の要件となります。

1 がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込がない状態に至ったと判断したものに限る。)	9 脊柱管狭窄症
2 関節リウマチ	10 早老症
3 筋萎縮性側索硬化症	11 多系統萎縮症
4 後縦靭帯骨化症	12 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
5 骨折を伴う骨粗鬆症	13 脳血管疾患
6 初老期における認知症	14 閉塞性動脈硬化症
7 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病	15 慢性閉塞性肺疾患
8 脊髄小脳変性症	16 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症