

受付

発行

資料受取被保険者一覧表

交付 決定通知書 身分証明書 の確認

		不要な資料	提出物	直近以外
1	被保険者番号	<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 本人との契約書 <input type="checkbox"/> 包括との契約書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 他()	
	名前			
2	被保険者番号	<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 本人との契約書 <input type="checkbox"/> 包括との契約書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 他()	
	名前			
3	被保険者番号	<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 本人との契約書 <input type="checkbox"/> 包括との契約書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 他()	
	名前			
4	被保険者番号	<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 本人との契約書 <input type="checkbox"/> 包括との契約書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 他()	
	名前			
5	被保険者番号	<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 本人との契約書 <input type="checkbox"/> 包括との契約書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 他()	
	名前			
6	被保険者番号	<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 本人との契約書 <input type="checkbox"/> 包括との契約書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 他()	
	名前			
7	被保険者番号	<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 本人との契約書 <input type="checkbox"/> 包括との契約書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 他()	
	名前			
8	被保険者番号	<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 本人との契約書 <input type="checkbox"/> 包括との契約書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 他()	
	名前			
9	被保険者番号	<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 本人との契約書 <input type="checkbox"/> 包括との契約書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 他()	
	名前			
10	被保険者番号	<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 本人との契約書 <input type="checkbox"/> 包括との契約書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 他()	
	名前			

個人情報外部提供に関し、先に申請し、承認の決定を受けた上記の者に対する要介護認定等に係る個人情報を、内容に相違ないことを確認の上、受け取りました。

事業所名 _____

登録電話番号 _____

受取場所 受付場所・受付場所以外() _____

受取日 _____ 年 月 日

受取人 _____

