

介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

三原市長様

に入所
 つぎの被保険者が施設 ． しましたので、連絡します。
 を退所

| | |
|----------|-------|
| 入所・退所年月日 | 年 月 日 |
|----------|-------|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|------------|--------------|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|------|-------|
| | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被 保 険 者 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 入所前住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 退所後住所 * | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 退所理由 | 1 他の介護保険施設入所 | | | | | | 2 死亡 | | | | | | 3 その他 | | | | | | |

* 死亡退所の場合は記載不要

| | | | | | | | | | | | |
|------|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保険者名 | | 保険者番号 | | | | | | | | | |
|------|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 施 設 | 名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

