

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														生年月日	年 月 日			
	氏名														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	〒																

