

介護保険住所地特例施設 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	被保険者番号										
	個人番号										
	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	〒									

