

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

日高市長 様

介護保険施設

次の者が下記の施設
 に入所
 ・ 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 | | | | | | | |
| | 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 死亡退所の場合 は記載不要 | 〒 | | | | | | |
| 退 所 理 由 | 1 他の介護保険施設入所 | | 2 死亡 | | 3 その他 | | | |

| | | | | | | | |
|---------|--|-------|--|--|--|--|--|
| 保 険 者 名 | | 保険者番号 | | | | | |
|---------|--|-------|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | |
|--------|---------|---|--|--|--|--|--|
| 施 設 | 名 称 | | | | | | |
| | 電 話 番 号 | | | | | | |
| | 所 在 地 | 〒 | | | | | |

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票