介護保険施設入所・退所連絡票

（住所地特例対象施設等入所・退所連絡票）

　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　山県市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　（施設名）

　次の者が下記の施設に（　**入所　・　退所**　）しましたので、連絡します。

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 大正　・　昭和　・　平成　　年　　　月　　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 入所前住所 | 〒 |
| 退所後住所※１ | 〒 |
| 退所理由 | １　他の介護保険施設入所　　２　死亡　３　その他 |

　※１　死亡退所の場合は記載不要

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

　(例)　保険者名　山県市　／保険者番号　２１２１５９

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設 | 名　　称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所在地 | 〒 |