

介護保険施設 入所 ・ 退所 連絡票

年 月 日

(あて先)

山県市長

(施設名)

印

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										
	氏 名		生年月日	年 月 日							
			性 別	男 ・ 女							
	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
------	-------

施 設	名 称										
	電話番号										
	所在地	〒									