

介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

安八郡広域連合長 様

施設名

施設長

印

下記の者が当施設へ 入所・退所 しましたので連絡いたします。

入所・退所日	年 月 日								
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	〒								
現住所	〒								
	同上の場合は記載不要								
退所理由	1. 他施設入所 () 2. 死亡 3. その他 ()								

保険者名					
保険者番号					

施設名称									
施設所在地	〒								
担当者名									
電話番号									