

介護保険 施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

年 月 日

白石市長様

(施設名)

次の者が下記の施設
 に入所・入居
 を退所・退居
 しましたので、連絡します。

入所(居)・退所(居)年月日	年 月 日
----------------	-------

被 保 険 者	被保険者番号														生年月日	年 月 日
	フリガナ												性 別	男 ・ 女		
	氏 名															
	入所(居)前住所	〒														
	退所(居)後住所 ※1	〒														
	退所(居)理由	1 他の住所地特例対象施設入所(居)			2 死亡			3 その他								

※1 死亡退所(居)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	〒