介護保険施設入所・退所連絡票

年　　月　　日

　　結城市長　　　　様

介護保険施設

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　次の者が下記の施設 | に入所・を退所 | 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 | 〒 |