

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
・ しましたので、連絡します。
を退所

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	〒									