

介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

八 頭 町 長 様

介護保険施設

印

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											個人番号											
	フリガナ											生年月日	明・大・昭 年 月 日										
	氏 名											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	八 頭 町	保険者番号	3	1	3	2	9	6
------	-------	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称																					
	電話番号											事業所番号										
	所在地	〒																				