介護保険施設入所・退所連絡票

年　　月　　日

行　方　市　長　　様

（介護保険施設名）

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	明・大・昭　　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（入所先　　） ２　死亡(死亡日　　)　　３　その他（　　）										

＊１死亡退所の場合は記載不要

保 険 者 名	行　方　市	保険者番号	０	８	２	３	３	９

施設	名　　称	
	電話番号	
	所 在 地	〒