

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
・ 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	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	〒														