

介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

杵藤地区広域市町村圏組合 管理者 様

印

次の者が当施設 に入所 したので、連絡します。  
を退所

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

住所地特例の有無 (いずれかに○)	1 該当 (住所地特例者が退所した場合も、該当を選択) 2 非該当
----------------------	--------------------------------------

被 保 険 者	番 号											
	フリガナ										生年月日	明治 大正 昭和
	氏 名										性 別	年 月 日 男 ・ 女
	入所前住所	〒										
	退所後住所 (死亡退所の場合 は記載不要)	〒										
	退 所 理 由	1 他の介護保険施設入所									特養 老健 介護療養型 名称	
	2 その他									居宅 入院 入院先名称		
	3 死亡											

保険者名		保険者番号							
------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称											
	所 在 地	〒										
	電話番号						F A X					