

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

相馬市長

介護保険施設名
施設長名

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 | | 生年月日 | 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 | | 保 険 者 番 号 | | | | | | | |
|---------|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|

| | | |
|--------|---------|---|
| 施 設 | 名 称 | |
| | 電 話 番 号 | |
| | 所 在 地 | 〒 |