

介護保険 適用除外施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

高崎市長 様

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 転出	2 転居	3 死亡	4 その他								

* 1 死亡退所の場合は記載不要

施	名 称										
	電話番号										
設	所 在 地	〒									