

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

高崎市長 様

介護保険施設

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	令和 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 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	〒									