

介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

上天草市長 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	年	月	日
----------	---	---	---

被 保 者	被保険者番号								
	フリガナ								
保 險 者	氏 名			生年月日	明・大・昭		年	月	日
				性 別	男 ・ 女				
入 所 後 住 所	入所前住所	〒							
	退所後住所	〒							
	退所理由	1 他の介護保険施設入所		2 死亡		3 その他			

*死亡退所の場合、退所後住所は記載不要

保 險 者 名	上天草市	保 險 者 番 号	4	3	2	1	2	0
---------	------	-----------	---	---	---	---	---	---

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