

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

彦根市長 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 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	〒									