

介護保険施設等 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

外ヶ浜町長 殿

施設名

代表者名

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	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	大・昭 年 月 日	
			性 別	男 ・ 女	
	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()				

※ 死亡退所の場合は記載不要

保険者名		保険者番号	
------	--	-------	--

※ 保険者名は、被保険者に対する保険者名を記載下さい。保険者番号記載は不要

施 設	名 称	
	所在地及び 連 絡 先	(TEL —)