

介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

宇城市長 様

施設名

印

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																					
	個人番号																					
	フリガナ																					
	氏 名																		生年月日	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																				

施 設	事業所番号																			
	名 称																			
	電話番号																			
	所 在 地	〒																		