

介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

久慈広域連合長 様

(介護保険施設名)

次の方が下記の施設 ・ 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 2の死亡退所の場合は下記の欄に記入してください。

フリガナ											
身元引受人氏名						本人との関係					
身元引受人住所	〒 —										
											電話番号

保険者名		保険者番号							
------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称										
	電 話 番 号										
	所 在 地										