

介護保険施設 住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

年 月 日

ひたちなか市長 殿

施設名・施設長名及び印

次の者が下記の施設 に入所(居) しましたので、連絡します。
を退所(居)

入所(居)・退所(居) 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	年	月	日								
			性 別	男	・	女								
	入所(居) 前住所	〒												
	退所(居) 後住所 ※	〒												
退所(居) 理由	1. 他の介護保険施設入所 (施設名) 2. 自宅・親族宅等への転居 3. 入院 (病院名) 4. その他 ()													

※ 死亡退所(居)の場合は記載不要

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

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