

介護保険施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

黒石市長様

所在地
施設名
電話番号

下記の者が当施設に 入所 いたしましたので、連絡します。
を 退所

記

入所・退所年月日		年	月	日	保 険 者 名		保 険 者 番 号		
被 保 険 者	被保険者番号					市 町 村			
	フリガナ				生 年 月 日	明 大 昭	年	月	日
	氏 名							性 別	男 ・ 女
	入 所 時	入所前住所	〒						
	入所後住所	1. 入所前に同じ			2. 当施設所在地		3. その他		
		※3の場合 〒 のみ記入							
退 所 時	退所後住所 (死亡の場合は 不要)	〒							
	退 所 理 由	1. 他の介護保険施設入所			2. 死亡		3. その他		

