

介護保険住所地特例施設入所・退所連絡票

年 月 日

習志野市長 あて

施設名 _____

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	年 月 日
----------	-------

被 保 険 者	被保険者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	フリガナ	<input type="text"/>										
	氏 名	<input type="text"/>							生年月日	明・大・昭 年 月 日		
									性 別	男 ・ 女		
	入所前住所	<input type="text"/>										
	退所後住所 *1	<input type="text"/>										
退 所 理 由	1 他の介護保険住所地特例対象施設入所			2 死亡			3 その他					

*1 死亡退所の場合は記載不要

保 険 者 名	<input type="text"/>	保 険 者 番 号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---------	----------------------	-----------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

施 設	名 称	<input type="text"/>
	電 話 番 号	<input type="text"/>
	所 在 地	<input type="text"/>