介護保険住所地特例施設　入所・退所　連絡票

年　　月　　日

　　　高萩市長　　　　　宛て

　　　（介護保険施設名）

　　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 | 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 | 名称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所在地 |  |