

介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

串本町長 様

介護保険施設
住 所
代表者

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												
	フリガナ												
	氏 名											生年 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	串本町	保険者番号	3	0	4	2	8	7
------	-----	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	事業者番号											
	名 称											
	電話番号											
	所 在 地	〒										

