

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

平成 年 月 日

高千穂町長 様

(施設名)

印

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	平成 年 月 日
----------	----------

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 0										
	フリガナ 氏 名							生年月日	明・大・昭	年	月	日
								性 別	男	・	女	
	入所前 住 所	〒										
	*1 退所 後住所	〒										
退所理由	1) 他の介護保健施設入所 2) 死亡 3) その他											

*1 死亡退所の場合は記載不要

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

施 設	名 称	
	電話番号	
	所在地	〒

