

介護保険適用除外施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

大 村 市 長 様

施設名

に入所

次の者が下記の施設 ・ しましたので、連絡します。

を退所

入・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	明・大・昭	年	月	日				
			性別	男		・ 女					
	入所前住所	〒									
	退所後住所 *1										
退所理由	1 他の住所地特例対象・適用除外対象施設入所 2 死亡 3 その他										

*1 死亡退所の場合は記載不要

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

施 設	名 称										
	電話番号										
	所在地	〒									