

介護保険施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

邑楽町長 様

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	令和	年	月	日
----------	----	---	---	---

被 保 険 者	被保険者番号																	
	フリガナ																	
	氏 名												生 年 月 日	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 介 護 保 険 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	邑楽町	保 険 者 番 号	1	0	5	2	5	4
---------	-----	-----------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称	
	電話番号	
	所 在 地	〒