

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

天草市長 様

介護保険施設名

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	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 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他														

※1 死亡退所の場合は、退所後住所は記載不要

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

施 設	名 称											
	電話番号											
	所 在 地	〒										