

介護保険住所地特例施設 入所 ・ 退所 連絡票

令和 年 月 日

紫波町長 熊谷 泉 様

事業所
住所

名称

入所
次の者が当施設に ・ しましたので連絡します。
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
	入所前住所	〒 紫波町											
	退所後住所 ※死亡退所時不要	〒 -											
	退所理由	1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他											

医療保険者名	/		医療保険被保険者証被保番号	/	
--------	---	--	---------------	---	--