

介護保険施設 入所（院）・退所（院） 連絡票

平成 年 月 日

筑西市長 様

介護保険施設名 _____

担当者名 _____

次の者が下記の施設に、 入所（院）・退所（院）しましたので連絡します。

入所（院）・退所（院）年月日	平成 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	〒 筑西市												
	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	筑西市	保険者番号	0	8	2	2	7	1
-----	-----	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称											
	電 話 番 号											
	所 在 地	〒										