

介護保険施設 入所（院）・退所（院）連絡票

令和 年 月 日

筑西市長 様

介護保険施設名

に入所（院）

次の者が下記の施設 ・ しましたので、連絡します。
を退所（院）

入所（院）・退所（院）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 死亡退所の場合は記載不要

保険者名	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	〒