

介護保険（住所地特例）施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

（保険者名） 毛呂山町長 あて

施設名 \_\_\_\_\_

次の者が  入所 ・  退所 しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
----------	---	---	---	---

被 保 者	被保険者番号				
	フリガナ			生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和
保 険 者	氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
	入所前住所 (入所時のみ記入)	〒			
施 設	退所理由	<input type="checkbox"/> 他の介護保険施設入所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	退所後住所 (死亡退所の場合記入不要)	〒			

保 険 者 名	毛呂山町	保 険 者 番 号	1	1	3	2	6	6
---------	------	-----------	---	---	---	---	---	---

施 設	所 在 地	〒
	名 称	
	電 話 番 号	

この連絡票は、住所地特例の適用の有無にかかわらず、すべての入・退所者について保険者へ提出してください。

町使用欄

入 力	確 認