

町長	副町長	課長	副課長	係長	議事録係
課長	専決				

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 険 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
	氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
	入所前住所 (入所時のみ記入)	〒			
	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