

介護保険 住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

都留市長 殿

施設名 ㊞

次の者が施設に（入所・退所）しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
			性別	男 ・ 女
	入所前住所	〒		
	退所後住所	〒		
退所理由	1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他（ ）			

保険者名		保険者番号	
------	--	-------	--

施 設	名称	
	電話番号	
	所在地	〒

..... 保険者記入欄（以下の欄には記入しないでください。）

確認欄			処理欄		受付印
<input type="checkbox"/> 保険者（ ） <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 連絡票 <input type="checkbox"/> AC 処理 <input type="checkbox"/> MC 処理 <input type="checkbox"/>		
回 覧					
課長	課長補佐	リーダー	担当	受付者	