

介護保険施設 入所（入院）・退所（退院）連絡票

年 月 日

熊取町長 殿

施設名称

所在地

電話番号

次の者が下記の入所（入院）・退所（退院）しましたので、連絡します。

入所（入院）・退所（退院）年月日	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	〒 電話番号				
	退所後住所 ※1	〒 電話番号				
退所理由	1. 他の介護保険施設入所 (施設名) 2. 死亡・転居・転出 3. その他 ()					

※1 死亡退所の場合は記載不要

保険者名		保険者番号				
------	--	-------	--	--	--	--