

介護保険適用除外施設 入所・退所連絡票

年 月 日

会津坂下町長

施設名

次の者が下記の施設に
 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 | 被保険者番号 | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | |
| | 氏 名 | 生年月日 | 年 月 日 | | | | |
| | | 性 別 | 男・女 | | | | |
| | 入所前住所 | 〒 | | | | | |
| | 退所後住所 *1 | 〒 | | | | | |
| 退 所 理 由 | 1 住所地特例介護保険施設入所 2 死亡 3 その他 | | | | | | |

*1 死亡退所の場合は記載不要

| | | | | | | | | |
|---------|--|-----------|--|--|--|--|--|--|
| 保 険 者 名 | | 保 険 者 番 号 | | | | | | |
|---------|--|-----------|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | |
|--------|-------|---|--|--|--|--|--|
| 施 設 | 名 称 | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | |
| | 所 在 地 | 〒 | | | | | |