

介護老人保険施設入所・退所連絡表

年 月 日

紋 別 市 長 様

(介護保険施設)

事業所番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

住 所

名 称

印

電話番号

次の者が当施設に入所
を退所 しましたので、連絡いたします。

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

介護保険施設名	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設
---------	-----------------------------

入所居室区分	1. ユニット型個室 2. ユニット型準個室 3. 従来型個室 4. 多床室
--------	--

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	ふりがな		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	入所前住所	〒		
	入所後住所	〒		
	退 所 理 由	1. 居宅 2. 介護老人福祉施設 3. 介護老人保健施設 4. 介護療養型医療施設 5. 医療機関入院 6. 死亡 7. その他 ()		

保険者名	紋 別 市	保険者番号	0	1	2	1	9	5
------	-------	-------	---	---	---	---	---	---