

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

恵庭市長 様

介護保険施設名 _____

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	令和 年 月 日
----------	----------

被 保 険 者	被保険者番号																			
	フリガナ											生年月日	明・大・昭	年	月	日				
	氏名											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	恵庭市	保険者番号	0	1	2	3	1	0
------	-----	-------	---	---	---	---	---	---

介 護 施 設	名称	
	電話番号	
	所在地	〒

