

介護保険 住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

年 月 日

宮古市長 様

施設名称

施設長等

次の者が下記の施設
に 入所・入居
・
を 退所・退居
しましたので、連絡します。

入所(居)・退所(居)年月日	年	月	日
----------------	---	---	---

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0	0						
	フリガナ							生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名							性別	男	・	女	
	入所(居)前住所	〒										
	退所(居)後住所 <small>※死亡退所(居)の 場合は記載不要</small>	〒										
退所(居)理由	1 他の住所地特例対象施設入所(居) 2 死亡 3 その他											
	備考											

保険者名	岩手県宮古市	保険者番号	0	3	2	0	2	9
------	--------	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	名称										
	電話番号										
	所在地	〒									