

介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

宮古市長 様

施設名称

所在地

電話番号

次の者が（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		
施設の種類	介護福祉施設	・	介護保健施設	・	療養型医療施設

被 保 險 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. 他の介護保険施設へ入所			2. 死亡			3. その他				

※ 死亡退所の場合は記載不要

退所理由が「1」の場合に記入をお願いします。

介護保険者名		介護保険者番号						
施設	名称							
	施設の種類	介護福祉施設	・	介護保健施設	・	療養型医療施設		
	所在地	〒						
TEL								