

介護保険施設退所連絡票

令和 年 月 日

今別町長様

施設名

印

次の者が当施設を退所しましたので連絡します。

退所年月日	
-------	--

被 保 険 者	被保険者番号																			
	フリガナ																			
	氏名		生年月日																	
			性別																	
	退所前の住所	〒 ※住所変更なし																		
	退所後の住所	〒																		
退所理由	1. 他の介護保険施設入所 2. 死亡() ③. その他()																			

※ 死亡退所は記載不要

保険者名	今別町	保険者番号	0	2	3	0	3	6
------	-----	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	名称																
	所在地及び連絡先	〒 電話番号 担当:															