

介護保険適用除外施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

浦安市長 様
(施設名)

次の者が下記の施設 { に入所
・
を退所 } 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 ※死亡の場合は記載不要	〒								
	退所理由	1 他の施設等への入所 2 死亡 3 その他()								

保険者名		保険者番号	
------	--	-------	--

施 設	施設名称			
	所在地	〒		
	電話番号		担当者名	