

## 介護保険 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

みよし広域連合長 殿

介護保険施設  
担当者名

次の方が下記の施設  
 に入所  
 ・  
 しましたので、連絡いたします。  
 を退所

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										
	氏 名										
	生年月日	明・大・昭	年	月	日						
	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 (       )										

※ 死亡退所の場合は記載不要

保 険 者 名		保 険 者 番 号							
---------	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称											
	電話番号						事業者番号					
	所在地	〒										