

介護保険適用除外施設 入所 退所 連絡票

令和 年 月 日

柏市長 あて

次の者が下記の施設 に入所 いたしましたので、連絡します。
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	
	入所前住所	〒		
	退所後住所 ※1	〒		
退所理由	1. 他施設入所 2. 死亡 3. その他			

保険者名	柏市
保険記号番号	柏 122176

施 設	名称	
	住所	
	電話番号	
	施設の種類	

※1 死亡退所の場合は記載不要

※2 黒のボールペンでご記入ください。消せるボールペンは使用しないでください。