

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

藤岡市長 様

介護保険施設

に入所
次の者が下記の施設 ・ しましたので、連絡します。
を退所

入所・退所年月日	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 ※1	〒										
退所理由	1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他											

※1 死亡退所の場合は記載不要

保 險 者 名	藤 岡 市	保 険 者 番 号	102095
---------	-------	-----------	--------

施 設	名 称	特別養護老人ホーム										
	電 話 番 号											
	所 在 地	〒										