

住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

砂川市 長様

住 所

施 設 名

代 表 者 名

次の者が下記の施設へ（入所・退所） しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

被 保 険 者	被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>											生年月日	明・大・昭 年 月 日
	フリカ`ナ													
	氏 名													
		性 別												
		男 ・ 女												
入所前住所	〒													
退所後住所*	〒													
退所理由	1. 他の介護保健施設入所 2. 死亡 3. その他													

*死亡退所の場合は記載不要

保険者名	砂川市	保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>								

施 設	名 称			
	電 話 番 号			
	所 在 地	〒		