

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

三宅町長 様

令和 年 月 日

介護保険施設名

次の者が下記の施設に入室したためご連絡します。

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													
	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 死亡退所の場合は記載不要

保険者名	三宅町	保険者番号	2	9	3	6	2	1
------	-----	-------	---	---	---	---	---	---

施設	名称	
	電話番号	
	所在地	〒