

介護保険 適用除外施設(救護施設)入所・退所連絡票

那覇市長 あて

令和 年 月 日

施設所在地
施設名

印

次の者が下記の施設 [に入所] 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 等	被保険者番号										
	フリガナ						生 年 月 日	明治・大正・昭和			性 別 男 ・ 女
	氏名							年 月 日			
	入所前の住所										
	退所後の住所 ※1										
	退所理由	1 他の施設入所 2 死亡 3 その他 ()									

※1 死亡退所の場合は記載不要

保険者市町村名		保険者番号	
---------	--	-------	--

施設	名称										
	所在地	電話番号									