

介護保険適用除外者 施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

勝山市長 殿

施設名
代表者名

印

次の者が下記の施設
に入所
・
を退所
しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	令和 年 月 日
----------	----------

対象者	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
	入所前住所	〒		
	退所後住所	〒		
	※1 退所理由	1 死亡 2 その他（ ）		

※1 死亡退所の場合は記載不要。

※対象者が勝山市の国民健康保険に加入している場合は、情報提供します。

保険者名	勝山市	保険者番号	1	8	2	0	6	3
------	-----	-------	---	---	---	---	---	---

施設	名称	
	電話番号	
	所在地	〒