

介護保険適用除外者 施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

勝 山 市 長 殿

施設名
代表者名

次の者が下記の施設
に
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
----------	-------

対 象 者	フリガナ		生年月日	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	〒