**介護保険適用除外施設　入所・退所　連絡票**

令和　　　年　　　月　　　日

上田市長　様

施設名

に入所

次の者が下記の施設　　　・　　　　しま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 | フリガナ |  | 生年月日 | 明・大・昭・平・令　　　　　　 　年　　 　月　　 　日 |
| 氏　　　　　名 |  | 性　　別 | 男　　・　　女 |
| 入所前住所 | 〒 |
| 退所後住所 | 〒 |
| 退所理由 | １　転出　　　２　他の施設入所　　　３　死亡　　　４　その他（　　　　　　　　　　） |
| 医療保険者名（※） |  |
| 医療保険被保険者証記号・番号（※） |  |

　（※）については、年齢が６５歳未満の方のみ御記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　　　設 | 名　　称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所在地 | 〒 |