

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

次の方が下記の施設 に入所
・ 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	〒