

年 月 日

他市町村 住所地特例施設 入所・退所 連絡票

鹿嶋市長 様

住 所
施設名
施設長
電話番号

に 入所
次の者が下記の施設 ・ しましたので連絡いたします。
を 退所

入所・退所 年月日	年 月 日
-----------	-------

被保険者番号				
フリガナ				
氏 名				
生年月日	M・T・S	年	月	日
性 別	男性 ・ 女性			
住 所	鹿嶋市			
退所理由	1 病院	2 施設変更	3 死亡	4 その他

施設名称										
事業者番号										

保険者		保険者番号	
-----	--	-------	--