

適用除外施設(救護施設)入所・退所連絡票

大津市長

年 月 日

施設所在地
施設名

次の者が下記の施設

に入所
を退所

 したので連絡します。

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

被 保 険 者 等	被保険者番号										
	フリガナ							生 年 月 日	明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和 年 月 日		
	氏名										
	入所前の住所										
	退所後の住所										

保険者市町村名		保険者番号	
---------	--	-------	--

施 設	名称		
	所在地		
		電話番号	