八戸市介護保険課保険料グループ 宛　(FAX 0178-47-0732)　　令和　年　月　日提出

介護保険施設入・退所(院)者異動連絡票(　月分)

施設名　　(担当者名　　)

○ 1月ごとに異動があった場合にのみ、状況を月末までに報告ください。
○ 保険者が八戸市の方か八戸市に住所登録している方のみ記入してください。また、ショートステイの方は記入しないでください。
○ 被保険者番号は、はじめの"0"を省略して構いません。

被保険者番号	氏　名	生年月日	施設入・退所(院)年月日	住所登録地	入所(院)前及び退所(院)後の情報
		M・T・S　年　月　日	入・退　R　年　月　日	八戸市・他市町村	自宅・死亡・その他(　)
		M・T・S　年　月　日	入・退　R　年　月　日	八戸市・他市町村	自宅・死亡・その他(　)
		M・T・S　年　月　日	入・退　R　年　月　日	八戸市・他市町村	自宅・死亡・その他(　)
		M・T・S　年　月　日	入・退　R　年　月　日	八戸市・他市町村	自宅・死亡・その他(　)
		M・T・S　年　月　日	入・退　R　年　月　日	八戸市・他市町村	自宅・死亡・その他(　)
		M・T・S　年　月　日	入・退　R　年　月　日	八戸市・他市町村	自宅・死亡・その他(　)
		M・T・S　年　月　日	入・退　R　年　月　日	八戸市・他市町村	自宅・死亡・その他(　)
		M・T・S　年　月　日	入・退　R　年　月　日	八戸市・他市町村	自宅・死亡・その他(　)
		M・T・S　年　月　日	入・退　R　年　月　日	八戸市・他市町村	自宅・死亡・その他(　)
		M・T・S　年　月　日	入・退　R　年　月　日	八戸市・他市町村	自宅・死亡・その他(　)
		M・T・S　年　月　日	入・退　R　年　月　日	八戸市・他市町村	自宅・死亡・その他(　)
		M・T・S　年　月　日	入・退　R　年　月　日	八戸市・他市町村	自宅・死亡・その他(　)
		M・T・S　年　月　日	入・退　R　年　月　日	八戸市・他市町村	自宅・死亡・その他(　)
		M・T・S　年　月　日	入・退　R　年　月　日	八戸市・他市町村	自宅・死亡・その他(　)
		M・T・S　年　月　日	入・退　R　年　月　日	八戸市・他市町村	自宅・死亡・その他(　)