八戸市介護保険課保険料グループ　宛　（FAX 0178-47-0732）　　令和〇〇年　〇月　〇　日提出

介護保険施設入・退所(院)者異動連絡票(△月分)

施設名　特別養護老人ホームはちのへ　（担当者名　東西　）

〇 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。
〇 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。
〇 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
98765	市庁　小太郎	M・T・S 8 年 8 月 8 日	入・退 R 元 年 5 月 13 日	八戸市・他市町村	自宅・死亡・その他(〇〇施設)
43210	本館　花子	M・T・S 7 年 7 月 7 日	入・退 R 元 年 5 月 20 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( )