様式第7号

|  |
| --- |
| 介護保険他市町村住所地特例者名簿　　年　　月　　日作成 |
| 　 | 対象者 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 明大昭　　年　月　日 | 　 |
| 性別 | 男・女 |
| 転入前住所 | 〒 |
| 　 |
| 　 | 保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 保険者名 | 　 | 　 |
| 転入年月日 | 　 | 転出年月日 | 　 |
| 　 |
| 　 | 施設名称 | 施設所在地 | 入退所年月日 | 　 |
| 　 | 〒電話番号 | 入所日　　・　・退所日　　・　・ |
| 　 |