

介護保険 住所地特例施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

平成 年 月 日

長 様

(施設名)

印

次の者が下記の施設 に 入所(居) しましたので、連絡します。
を 退所(居)

入所(居)・退所(居)年月日	平成 年 月 日
----------------	----------

被 保 険 者	被保険者番号											
	フリガナ										生年月日	明 ・ 大 ・ 昭
	氏 名											年 月 日
											性 別	男 ・ 女
	入所(居) 前住所	〒										
	退所(居) 後住所 *1	〒										
退所(居) 理由	1 他の住所地特例施設入所(居) 2 死亡 3 その他											

*1 死亡退所(居)の場合は記載不要

保険者名		保険者番号							
------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称	
	電話番号	
	所在地	〒