

介護保険 住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

年 月 日

様

施設名

代表者名

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

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

被 保 険 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
	入所(居)前住所	〒												
	退所(居)後住所 *1	〒												
退所(居)理由	1 他の住所地特例対象施設入所(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	〒										