

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

様

施設所在地
施設名 印

に入所
次の者が下記の施設 ・ しましたので、連絡します。
を退所

入所・退所年月日	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											
	入所前住所	〒													
	退所後住所	〒													
退 所 理 由	1 他の介護保険施設入所 2 死亡 3 その他 死亡退所の場合は記載不要														

保 険 者 名		保険者番号								
---------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称	
	電話番号	
	所 在 地	〒

※提出につきましては、直接窓口にお持ちいただくか郵送にてお願いします。(F A X不可)