

介護保険 住所地特例施設 入所・退所 連絡票

平成 年 月 日

長 様

次の者が下記の施設に（ 入所 ・ 退所）しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	平成 年 月 日
----------	-------------------------

被 保 険 者	被保険者番号						
	個人番号						
	フリガナ					生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名					性別	男 ・ 女
	入所前住所	〒					
	退所後住所※1	〒					
	退所理由	1. 他介護保険施設入所 2. 死亡 3. その他（ ）					

※1 死亡退所の場合には記載不要

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

施 設	名称						
	事業所番号						
	電話番号						
	所在地	〒					