

介護保険 住所地特例施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

年 月 日

長 様

(施設名)

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	年 月 日
----------------	-------

被 保 険 者	被保険者番号								
	フリガナ								
	氏 名							生年月日	年 月 日
	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	〒							