

介護保険 住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

平成 年 月 日

(あて先)

(施設名)

印

次の者が下記の施設 に入所・入居 しましたので、連絡します。
を 退所・退居

※太わくの中をご記入ください

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										
	氏 名	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭								
			年	月	日						
	入所(居) 前住所	性 別	男 ・ 女								
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	〒										