

介護保険 住所地特例 入所・退所 連絡票

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	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	〒																	