

(施設→保険者市区町村)

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

様

次の方が下記の施設 に入所
・ 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											性別	男	・	女
	フリガナ											生 年 月 日	明・大・昭		
	氏名												年	月	日
	住所														
	退所理由	1. 他の介護保険施設入所 2. 死亡 3. その他()													
	退所先 (死亡の場合 は不要)														

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

※介護保険被保険者証に記載されています。

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