

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

長 様

施設名

印

次の者が下記の施設 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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> </table>																					
	フリガナ																						
	氏 名						生年月日	明・大・昭		年	月	日											
							性 別	男		・	女												
	入所前住所	〒																					
退所後住所	〒																						
*1																							
退所理由	1 他の介護保険施設入所			2 死亡			3 その他																

*1 死亡退所の場合は記載不要

保 険 者 名		保 険 者 番 号	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> </table>																					

施 設	名 称										
	電話番号										
	所在地	〒									