

# 介護保険住所地特例施設入所・退所連絡票

文書  
番号

令和 年 月 日

様

住 所  
施 設 名  
施設長名

に  
入所  
次の者が下記の施設 ・ しましたので、連絡します。  
を退所

入所・退所年月日	令和 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																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称																		
	電 話 番 号																		
	所 在 地	〒																	