介護保険　住所地特例施設　入所・退所　連絡票

年　　月　　日

　　　　　　　　　様

介護保険施設名

　　次の者が下記の施設　に入所・を退所　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 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 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 |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 施　　　　設 | 名称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所在地 | **〒** |