

介護保険 住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居)連絡票

年 月 日

様

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

入所(居)・退所(居)年月日	年 月 日
----------------	-------

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	被保険者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	入所(居) 前住所	〒		
	退所(居) 後住所 ※1	〒		

※1 死亡の場合記載不要

保 険 者 名		保 険 者 番 号					
---------	--	-----------	--	--	--	--	--

施 設	名 称	
	電話番号	
	所在地	〒

例

介護保険 住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居)連絡票

年 月 日

〇〇市(町村)長 様

住所地特例対象施設

(印不要)

〇〇市(町村)長 様
に
入所・入居
次の方が下記の施設
を退所・退居
しましたので、連絡します。

入所(居)・退所(居)年月日	年 月 日
----------------	-------

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	被保険者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	入所(居) 前住所	〒		
	退所(居) 後住所 <small>※1</small>	〒		

※1 死亡の場合記載不要

前住所地を記入して下さい

保険者名		保険者番号	
------	--	-------	--

施 設	名 称	
	電話番号	
	所在地	〒