# 介護保険　住所地特例対象施設　入所(居)・退所(居)　連絡票

令和　　年　　月　　日

長様

(施設名)

印

次の者が下記の施設　に入所・入居 / ・ / 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 | 令和　　年　　月　　日 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 被保険者番号 | | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 明・大・昭　年　月　日 |
| | 氏　名 | | 性別 | 男　・　女 |
| | 入所(居)前住所 | 〒 | | |
| | 退所(居)後住所 *1 | 〒 | | |
| | 退所(居)理由 | 1. 他の住所地特例対象施設入所(居)<br>2. 死亡　　3. その他(　　) | | |

*1:死亡退所(居)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 | 〒 |