

介護保険 住所地特例施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

令和 年 月 日

新川地域介護保険・
ケーブルテレビ事業組合 理事長 あて

介護保険施設名

次の方が下記の施設 に入所
・ しましたので、連絡します。
を退所

入所・退所年月日 平成 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						
														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	〒																	