

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

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合 理事長 あて

住所地特例対象施設

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

入所・退所年月日	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 *1	〒									
	退所後住所 *1	〒									
退所理由	1 他の住所地特例対象施設入所(居)			2 死亡			3 その他				

*1 死亡退所の場合は記載不要

保険者名	新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合	保険者番号					
------	----------------------	-------	--	--	--	--	--

施 設	名 称										
	電話番号										
	所在地	〒									