

介護保険(住所地特例)施設 入所・退所 連絡票

【すべての入・退所者に係る連絡用】

令和 年 月 日

(保険者名) 上田市長様

施設名 _____

次の者が下記の介護保険施設
 に入所
 ・
 しましたので、連絡します。
 を退所

入所・退所 年月日	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			
	入所前住所 (入所時のみ 記入)	〒								
	退 所 理 由	1 他の介護保険施設入所 2 自宅 3 入院 4 死亡 5 その他()								
	退所後住所 (死亡退所の場 合記入不要)	〒								
	身元引受人 (死亡退所の 場合のみ記入)	住 所	〒				電 話			
	アパート 団地等					被 保 険 者 との関係				
	氏 名									

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

施 設	所 在 地 名 称 電 話 番 号 (ゴム印で可)	〒	電 話
--------	------------------------------------	---	-----

この連絡票は、住所地特例の適用の有無にかかわらず、すべての入・退所者について保険者へ提出してください。(長野県内の保険者へ提出する場合のみ)