

介護保険 適用除外対象施設 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 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	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・適用除外対象施設入所(居) 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		保険者名							
------	--	------	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名称										
	電話番号										
	所在地	〒									