

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

墨田区長 様

施設名

次の者が、下記施設（に入所・を退所）しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	令和 年 月 日
----------	----------

被 保 険 者	被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											
	フリガナ		生 年 月 日										
	氏 名		明・大・昭 年 月 日										
	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	〒