介護保険 住所地特例対象施設 入所・退所 連絡票

令和　　年　　月　　日

三次市長　様

施 設 名

代表者名

次の者が下記の施設　入所・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			
	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	〒		
	退所後住所（死亡は記載不要）	〒		
	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		

保険者名		保険者番号	

施設	名　称	
	電話番号	（　　）　　－
	所在地	〒