介護保険施設等　入所(居)・退所(居)　連絡票

年　　月　　日

胎　内　長　　様

（施設名）

次の者が下記の施設 に入所・入居 / を退所・退居 しましたので、連絡します。

入所（居） 退所（居）	年月日	年　　月　　日

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ		生年月日	大・昭・平 年　　月　　日
	氏　名		性　　別	男　・　女
	住　所	〒　　－ 電話番号　　（　　）		
	退所(居)理由	1　他の施設に入所(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	〒　　－