

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

施設名 _____

代表者名 _____ 印 _____

次の者が下記の施設 に入所
・ しましたので、連絡します。
を退所

入退所年月日 年 月 日 死亡退所の場合は死亡日を記入

被 保 険 者	被保険者番号											
	フリガナ											
	氏名		生年月日	明・大・昭	年	月	日					
			性別	男 ・ 女								
	入所前住所	〒										
	退所後住所※	〒										
退所理由												

※死亡退所の場合は記載不要

保険者名 武蔵野市 保険者番号 1 3 2 0 3 5

施 設	名称										
	電話番号										
	所在地	〒									