介護保険住所地特例施設　入所・退所　連絡票

年　　月　　日

文　京　区　長　　様

介護保険施設

次の者が下記の施設 に入所 / を退所 しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	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 ＊１	〒										
	退所理由	１．他の介護保険施設に入所したため ２．　　年　月　日に死亡されたため ３．その他（　　）										

＊１　死亡退所の場合は記載不要

保険者名	文　京　区	保険者番号	１	３	１	０	５	２

施設	名　　称	
	電話番号	
	所在地	〒