

介護保険（住所地特例）施設入所・退所連絡票

年 月 日

（保険者名） 麻績村長 様

施設名

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										
	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 <small>（死亡退所の場合 は記載不要）</small>	〒									
退 所 理 由	1 他の介護保険施設入所 2 自宅 3 入院 4 死亡 3 その他（ ）										

保険者名	麻績村	保険者番号	2	0	4	4	6	1
------	-----	-------	---	---	---	---	---	---

施 設	名 称										
	電話番号										
	所 在 地	〒									