

# 介護保険（住所地特例）施設 入所・退所 連絡票

【すべての入・退所者に係る連絡用】

年 月 日

（保険者）坂城町長 様

施設名 \_\_\_\_\_

次の者が下記の介護保険施設 \_\_\_\_\_ に入所  
\_\_\_\_\_ しましたので、連絡します。  
\_\_\_\_\_ を退所

入所・退所 年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号											
	フリガナ						性別	男 ・ 女				
	氏 名						生年月日	明・大・昭 年 月 日				
	入所前住所 (入所時のみ記入)	〒 _____										
	退所理由	1. 他の介護保険施設入所 2. 自宅 3. 入院 4. 死亡 5. その他 ( _____ )										
	退所後住所 (死亡退所の場合 記入不要)	〒 _____										
	身元引受人 (死亡退所の場合 のみ記入)	住 所	〒 _____									
	〒 _____ パート団地等						電話					
	氏 名						被保険者 との関係					

保険者名 坂 城 町 保険者番号 2 0 5 2 1 1

施 設	所在地 名称 電話番号 (ゴム印でも可)	〒 _____
--------	-------------------------------	---------

この連絡票は、住所地特例の適用の有無にかかわらず、すべての入・退所者について  
保険者へ提出してください。(長野県内の保険者へ提出場合のみ)