

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

(保険者名) 北アルプス広域連合長 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 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 (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 3 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	〒						電話			
	アパート 団地等					電話						
	氏名					被保険者 との関係						

保 險 者 名	北アルプス広域連合	保 險 者 番 号	2	0	8	9	3	4
---------	-----------	-----------	---	---	---	---	---	---

施 設	所在地 名称	〒									
	事業所番号 電話番号 (ゴム印で可)							電話	()		

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する場合のみ)