

介護保険 住所地特例対象施設 入所(居)・退所(居) 連絡票

年 月 日

(あて先) 仙台市区長

(施設名)

印

次の者が下記の施設
 に 入所・入居
 ・
 を 退所・退居
 しましたので、連絡します。

※太わくの中をご記入ください

入所(居)・退所(居)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
	氏名													年	月	日		
	入所(居)前住所	〒																
	退所(居)後住所*1	〒																
	退所(居)理由	1 他の住所地特例対象施設入所(居)				2 死亡				3 その他								

*1 死亡退所(居)の場合は記載不要

保険者名		保険者番号								
------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名称											
	電話番号											
	所在地	〒										

【仙台市使用欄】

決 裁 欄	課長	係長	担当	収 受	