

第2号様式（第7条関係）

介護保険住所地特例施設 入所・退所 連絡票

令和 年 月 日

（宛先） 流 山 市 長

介護保険施設
住所

名称

電話

次の者が当施設
に
入所
・
退所
しましたので、連絡します。

入所・退所年月日	令和 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 ※1	〒 ()															
退所理由	1 他の介護保険施設入所			2 死亡			3 その他										

※1 死亡退所の場合、退所後住所は記載不要です。

（介護保険の保険者及び保険者番号）

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

（入所前及び退所後が介護保険施設の場合、記入してください。）

施 設	名 称											
	入所・退所日	年	月	日								