

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

函館市長様

次の者が下記の施設 **に入所（居）** しましたので、連絡します。
を退所（居）

入所（居）・退所（居）年月日 ××年 ××月 ××日

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	前住所地の被保険者番号を記入してください		
	フリガナ	ハコダテ タロウ			
	氏名	函館 太郎		生年月日	明・大 昭 年 月 日
				性別	男 ・ 女
入所（居）前住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇番〇号		入所の場合は退所（居）前住所のみを記入してください		
退所（居）後住所	〒				
退所（居）理由	退所の場合は退所（居）後住所と退所（居）理由を記入してください				

保 険 者 名 〇〇市 保 険 者 番 号 0 1 2 3 4 5

施 設	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇番〇号
	名称	特別養護老人ホーム 〇〇〇
	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇