介護保険住所地特例施設 入所･退所 連絡票

年　　月　　日

会津若松市長

介護保険施設名

次の者が下記の施設 に入所 を退所 しましたので連絡します。

入所･退所年月日	年　　月　　日

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ		生年月日	年　　月　　日
	氏　　名		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 死亡退所の場合は記載不要

保険者名	会津若松市	保険者番号	0	7	2	0	2	5

施設	名　　称	
	電話番号	（　　）
	所在地	〒