諏訪広域連合専用

介護保険（住所地特例）施設　入所（居）・退所（居）　連絡票

【すべての入・退所者に係る連絡用】

年　　月　　日

諏訪広域連合長　様

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次の者が下記の介護保険施設　に入所・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				
	ﾌﾘｶﾞﾅ		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　5.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	〒		
		アパート団地名		電　話	
		氏　名		被保険者との関係	

保険者名	諏訪広域連合	保険者番号	

施設	所在地 名　称 電話番号 （ゴム印で可）	〒 電話　（　　）

各種通知等の送付先（入所の場合のみ）

区　分	送付先	指定の場合の送付先氏名・住所
受給関係（認定・減額等）	施設・本人・指定	
保険料関係（納入通知書等）	施設・本人・指定	
給付関係（高額介護等）	施設・本人・指定	

送付先の説明：施設＝入所施設、本人＝被保険者証記載の住所地、指定＝施設・本人以外の指定先

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（施設所在市町村）へ提出してください。

保険者等処理欄

入退所入力	保険証交付	宛名入力	利用者負担段階調査	利用者負担限度額認定証交付		利用者負担段階の調査結果				台帳整理
				交付済	未交付	第１段階	第２段階	第３段階	第４段階	