

(施設名) _____

を退所・退居

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														
	氏 名													生年月日	年 月 日
														性 別	男 ・ 女
	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														

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

施 設	名 称	
	電話番号	
	所在地	〒