

退所等連絡票 (高額介護サービス費受領委任払支給対象者一覧 年 月審査分)

次の被保険者について当施設より退所（退院）、死亡等の異動がありましたので連絡いたします。
（注：当該被保険者については、退所（退院）の場合は退所（退院）日の属する月〔月末退所（退院）を除く〕、死亡の場合はその翌月、
無料低額老人保健施設利用事業を適用し減免した場合は適用月より受領委任払いを適用しない取り扱いとなります。）

項番	被保険者番号										被保険者名	上限額	退所（退院）・死亡・無低	異動事由（○をつける）	区処理欄	
／												円	年 月 日	退所（退院）・死亡・無低	月停止	
／												円	年 月 日	退所（退院）・死亡・無低	月停止	
／												円	年 月 日	退所（退院）・死亡・無低	月停止	
／												円	年 月 日	退所（退院）・死亡・無低	月停止	
／												円	年 月 日	退所（退院）・死亡・無低	月停止	
／												円	年 月 日	退所（退院）・死亡・無低	月停止	
／												円	年 月 日	退所（退院）・死亡・無低	月停止	

事業者番号 (その他の連絡欄) (区受理日)

2	7								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

所在地 〒

TEL () FAX ()

記入担当者

(一覽受け取り日 / 記入日 /)

事業者名