

太枠内をボールペンで書いてください。

転出届(郵便請求用)

竹原市長様

届出人	住所 <input type="checkbox"/> a と同じ
	氏名
電話番号	

受付	照合	照合	あたらしいままでの住所	a	アパート名等	あたらしい世帯主フリガナ	c	区・組	
				住所	b	アパート名等	いままでの世帯主フリガナ	d	区・組
申請の日 令和 年 月 日			本籍	※1 <input type="checkbox"/> a・b と同じ			※1 <input type="checkbox"/> c・d と同じ		
異動の日 令和 年 月 日				筆頭者					

氏(フリガナ)名		性別	※2 生年月日	続柄	個人番号カード	住基カード	国籍・地域 <small>法30条の45に規定する区分</small>	在留資格 <small>在留期間等</small>	在留カード等の番号 <small>在留期間の満了の日</small>	保険	国民健康保険 <small>資格得喪年月日</small>	国民年金 <small>基礎年金番号</small>	後期高齢者医療 <small>資格取得年月日 被保険者番号</small>
1		男	明大昭平令		有・無 <small>記載事項変更 返納</small>	有・無 <small>記載事項変更 返納</small>	中長・特・一仮・経			国保後期 その他	得 喪	-	. .
		女											
2		男	明大昭平令		有・無 <small>記載事項変更 返納</small>	有・無 <small>記載事項変更 返納</small>	中長・特・一仮・経			国保後期 その他	得 喪	-	. .
		女											
3		男	明大昭平令		有・無 <small>記載事項変更 返納</small>	有・無 <small>記載事項変更 返納</small>	中長・特・一仮・経			国保後期 その他	得 喪	-	. .
		女											
4		男	明大昭平令		有・無 <small>記載事項変更 返納</small>	有・無 <small>記載事項変更 返納</small>	中長・特・一仮・経			国保後期 その他	得 喪	-	. .
		女											
5		男	明大昭平令		有・無 <small>記載事項変更 返納</small>	有・無 <small>記載事項変更 返納</small>	中長・特・一仮・経			国保後期 その他	得 喪	-	. .
		女											
6		男	明大昭平令		有・無 <small>記載事項変更 返納</small>	有・無 <small>記載事項変更 返納</small>	中長・特・一仮・経			国保後期 その他	得 喪	-	. .
		女											

※1 日本人の方のみ記入してください。
 ※2 生年月日欄は外国人住民の方は西暦で記入しても差し支えありません。

備考	国民健康保険	資格取得	資格喪失	変更	介護入力	介護保険証
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	本人確認 有・無 本人・世帯主・世帯員・代理人	
		転出職 社保組の 入生権脱止脱他	転死職 社保組の 出亡権入始入他	世帯主変更 住所変更 氏名変更 その他	方法 免許証・パスポート 個人番号カード・住基カード 保険証・在留カード 特別永住者証 その他()	
		被保険者証 新	被保険者証 旧	異動	児童手当 有・無	通知 令和 年 月 日

記入例

太枠内をボールペンで書いてください。

転出届(郵便請求用)

竹原市長様

届出人	住所 <input checked="" type="checkbox"/> a と同じ
	氏名 竹の原 梅松 電話番号 080-XXXX-XXXX

受付	照合	照合	あたらしい住まい	住 a	アパート名等	あたらしい住まい	フリガナ	タケハラ ウメノマツ	区・組
			いままでの	住 b	アパート名等	いままでの	フリガナ	竹の原 梅松 タケハラ ウメノマツ	区・組
申請の日 令和 3 年 4 月 1 日	※1 <input checked="" type="checkbox"/> a ・ <input checked="" type="checkbox"/> b と同じ				筆頭者		※1 <input checked="" type="checkbox"/> c ・ d と同じ		
異動の日 令和 3 年 4 月 1 日	本籍								

氏(フリガナ)名	性別	※2 生年月日	続柄	個人番号カード	住基カード	国籍・地域	在留資格	在留カード等の番号	保険	国民健康保険	国民年金	後期高齢者医療
				有・無	有・無	法30条の45に規定する区分	在留期間等	在留期間の満了の日	国保	資格得喪年月日	基礎年金番号	資格取得年月日 被保険者番号
1 タケハラ 竹の原	男	明 天 昭 平 令 35.1.1	主	有	有				国保		-	
2 サクラ 桜	女	明 天 昭 平 令 38.2.2	妻									
3 オオクノシマ 大久野島	男	明 天 昭 平 令 8.7.8	子									
4	女	明 天 昭 平 令										
5	女	明 天 昭 平 令										
6	男	明 天 昭 平 令										

郵送時に必要な書類

①返信用封筒 返信先を記入し、切手を添付したもの
(顔写真付きのマイナンバーカードまたは住基カードをお持ちの方は不要です)

②本人確認書類 免許証、保険証等のコピー

※1 日本人の方のみ記入してください。
 ※2 生年月日欄は外国人住民の方は西暦で記入しても差し支えありません。

備考	民 健康 保険	転出職 社保 入生	国保 保組 離脱	その他 脱他	転死 出亡	職 保 加 入	社保 保組 加入	国保 保組 加入	後 期 加 入	所 留 期 満 更 変	世帯主 変更	住所 変更	氏名 変更	その他	本人確認 有・無 本人・世帯主・世帯員・代理人
		被保険者証 新				被保険者証 旧									方法 免許証・パスポート 個人番号カード・住基カード 保険証・在留カード 特別永住者証 その他()
		異 動		児 童 手 当											通知 令和 年 月 日
		国保・年金・後期・乳児・介護・教育・水道		有・無											