

記載例(転居)

住民異動届

* 本人は押印を省略できます。

転入 転出 転居 付記転出
 世帯主変更 世帯分離 世帯合併
 その他()

| | | | | |
|-----|-----------------|----|-------|---|
| 届出人 | 本人・世帯主・同一世帯員 | 氏名 | 白鷺 一郎 | 印 |
| | その他() | 住所 | | |
| | * 委任状を添付してください。 | 氏名 | | 印 |

※ 届出には、身分証(運転免許証等)を提示してください。

住み始めた日を記入して下さい。
 将来の日付では、届出はできません。

(連絡先 56-9125)

| | | | |
|--------|--------------------------|------------|------------------|
| 窓口に来た日 | 平成 20 年 6 月 1 日 | 異動があった日 | 平成 20 年 6 月 1 日 |
| 新しい住所 | 栃木 県 河内郡上三川町しらさぎ〇丁目〇番地〇 | | 新しい世帯主 白鷺 一郎 |
| | 方書き(アパート等) | (自治会 上町) | |
| 今までの住所 | 栃木 県 河内郡上三川町大字上三川〇〇〇〇番地〇 | | 今までの世帯主 白鷺 一郎 |
| | 方書き(アパート等) | (自治会 愛宕町) | |
| 本籍 | 栃木 県 河内郡上三川町しらさぎ〇丁目〇番地〇 | | 筆頭者 白鷺 一郎 |

※ 異動する人全員の氏名を書いてください。

| 番号 | フリガナ氏名 | 生年月日 | 性別 | 世帯主との続柄 | 健康保険の種類 | 年金の種類 | 児童手当 |
|----|--------------------|-------------------|-----|---------|---|---|---|
| 1 | シラサギ イチロウ 白鷺 一郎 | 明・昭 35・4・1 大・平 | 男・女 | 本人 | <input checked="" type="checkbox"/> 社会保険 (本人・扶養) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他() | <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 2 | シラサギ ハナコ 白鷺 花子 | 明・昭 34・5・5 大・平 | 男・女 | 妻 | <input checked="" type="checkbox"/> 社会保険 (本人・扶養) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 3 | シラサギ タロウ 白鷺 太郎 | 明・昭 2・3・1 大・平 | 男・女 | 長男 | <input checked="" type="checkbox"/> 社会保険 (本人・扶養) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 4 | シラサギ モモコ 白鷺 桃子 | 明・昭 9・7・6 大・平 | 男・女 | 長女 | <input checked="" type="checkbox"/> 社会保険 (本人・扶養) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 5 | | 明・昭 . . . 大・平 | 男・女 | | <input type="checkbox"/> 社会保険 (本人・扶養) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |