

住 民 異 動 届

※本人自署の場合、押印は省略できます。

- 転入 転出 転居
- 世帯主変更 世帯分離 世帯合併
- 個人番号カード 記載変更 その他()
- 職権記載書 申出による修正()
- 国民健康保険資格 取得・喪失

届 出 人	本人・世帯主・同一世帯員	氏名	印
	その他()	住所	
	※ 委任状を添付してください。		氏名

※ 届出には、身分証(運転免許証等)を提示してください。

電話番号 ()

窓口に来た日	令和 年 月 日	異動があった日(実際に住み始めた日)	令和 年 月 日
新しい住所	県	新しい世帯主(氏名)	
	方書き(アパート等)	自治会()	
今までの住所	県	今までの世帯主(氏名)	
	方書き(アパート等)	自治会()	
本籍	県	筆頭者	

※ 異動する全員の氏名を書いてください。母子手帳をお持ちの方は、職員までお渡しください(妊婦・乳幼児健診等 ご案内があります。)

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	個人番号 カード	住基 カード	
1		明・大・昭・平・令	男・女		<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 *1 <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"/> 有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有	
		年 月 日								
		住民票コード								
2		明・大・昭・平・令	男・女		<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 *1 <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"/> 有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有	
		年 月 日								
		住民票コード								
3		明・大・昭・平・令	男・女		<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 *1 <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"/> 有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有	
		年 月 日								
		住民票コード								
4		明・大・昭・平・令	男・女		<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 *1 <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"/> 有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有	
		年 月 日								
		住民票コード								
5		明・大・昭・平・令	男・女		<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 *1 <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"/> 有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有	
		年 月 日								
		住民票コード								

*1 国民健康保険に加入する方は、マイナンバーを記載してください。

記入例【転出】

住民異動届

※本人自署の場合、押印は省略できます。

- 転入 転出 転居
- 世帯主変更 世帯分離 世帯合併
- 個人番号カード 記載変更 その他()
- 職権記載書 申出による修正()
- 国民健康保険資格 取得・喪失

届出人	本人・世帯主 同一世帯員	氏名	上三川 花子	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。

電話番号 (0285-00-△△△△)

窓口に来た日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	異動	実際に住み始めた日、または住み始める予定の日(14日以内)を記入してください。	令和 〇 年 〇 月 〇 日
新しい住所	栃木 県 宇都宮市旭〇丁目〇番△号	新しい世帯主(氏名)		上三川 桃子
	方書き(アパート等) □□マンション △△△号室 自治会()			
今までの住所	栃木 県 河内郡上三川町しらさぎ一丁目△番地〇	今までの世帯主(氏名)		上三川 一郎
	方書き(アパート等) 自治会(上町)			
本籍	栃木 県 河内郡上三川町しらさぎ一丁目△番地〇	筆頭者		上三川 一郎

※ 異動する全員の氏名を書いてください。母子手帳をお持ちの方は、職員までお渡しください(妊婦・乳幼児健診等 ご案内があります。)

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	個人番号 カード	住基 カード
1	カミノカワ モモコ	明・大・昭・平・令 〇年 〇月 〇日	男・女	長女	<input checked="" type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 *1 <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 type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有
	上三川 桃子	住民票コード							
2		明・大・昭・平・令 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 *1 <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"/> 有	<input type="checkbox"/> 有
		住民票コード							
3		明・大・昭・平・令 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 *1 <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"/> 有	<input type="checkbox"/> 有
		住民票コード							
4		明・大・昭・平・令 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 *1 <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"/> 有	<input type="checkbox"/> 有
		住民票コード							
5		明・大・昭・平・令 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 *1 <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"/> 有	<input type="checkbox"/> 有
		住民票コード							

*1 国民健康保険に加入する方は、マイナンバーを記載してください。