

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	□有	□有	□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	□有	□有	□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	□有	□有	□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	□有	□有	□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	□有	□有	□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【転居】

住民異動届

- 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

※本人自署の場合、押印は省略できます。

届出人	<input checked="" type="checkbox"/> 本人・世帯主・同一世帯員	氏名	上三川 一郎	印
	<input type="checkbox"/> その他()	住所		
		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	異動があった日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
新しい住所	栃木 県 河内郡上三川町しらさぎ一丁目△番地□	新しい世帯主(氏名)	
	方書き(アパート等) 自治会(上町)	上三川 一郎	
今までの住所	栃木 県 河内郡上三川町しらさぎ三丁目〇番地△	今までの世帯主(氏名)	
	方書き(アパート等) □□ハイツ △△△号室 自治会(しらさぎ)	上三川 一郎	
本籍	栃木 県 河内郡上三川町しらさぎ一丁目△番地□	筆頭者 上三川 一郎	

実際に住み始めた日を記入。
将来の日付では届出できません。

※ 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 イチロウ	明・大・昭・平・令 〇年 〇月 〇日	男・女	本人	<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 checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有
	上三川 一郎	住民票コード							
2	カミノカワ ハナコ	明・大・昭・平・令 □年 □月 □日	男・女	妻	<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 花子	住民票コード							
3	カミノカワ モモコ	明・大・昭・平・令 △年 △月 △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 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"/> 有	<input type="checkbox"/> 有
	上三川 桃子	住民票コード							
4	カミノカワ タロウ	明・大・昭・平・令 〇年 □月 △日	男・女	長男	<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 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"/> 有	<input type="checkbox"/> 有
	上三川 太郎	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。