

宝 塚 市 長 宛

転 出 届

◎太線の枠内を黒のボールペンで丁寧に書いてください。
 ◎世帯主が異動するときは、世帯主から順に書いてください。
 ◎虚偽の届出を行った場合、5万円以下の過料に処せられることがあります。

異 動 事 由	受 付 入 力 点 検
一 全 部 部 18 19 転 普 国 転 出 付 外 出	

届 出 人 氏 名	電話() — —
住所(代理人のみ)	続柄

転 出 日	届 出 日
(〒 -)	
新 住 所 方 書・寮 名	世 帯 主
旧 住 所 方 書・寮 名	世 帯 主

届 出 人 資 格 確 認	備 考
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員	
<input type="checkbox"/> 委任状あり <input type="checkbox"/> 署名(親族のみ)	
住基カード 有・無	
個人番号カード 有・無	

転出者の氏名等	氏名	フリガナ	生年月日	続柄	性別	児童	国保	退医	後期	介護認定	保険資格	学齢	医療	国民健康保険					
	1			令 平 昭 大 明		男	有	有	有	有	有	有	有	有	被 保 険 者 番 号				
2			令 平 昭 大 明		男	無	有	有	有	有	有	有	有	区 分	全 喪 ・ 一 喪 ・ 変 更				
3			令 平 昭 大 明		男	有	有	有	有	有	有	有	有	資 格 得 喪 日	平 成 年 月 日				
4			令 平 昭 大 明		男	有	有	有	有	有	有	有	有	退 職	該 当 ・ 非 該 当	老 健	該 当 ・ 非 該 当		
5			令 平 昭 大 明		男	有	有	有	有	有	有	有	有	福 社 医 療	該 当 (老・乳・子・母・身) ・ 非 該 当				
6			令 平 昭 大 明		男	有	有	有	有	有	有	有	有	証 処 理	窓 口 ・ 郵 送 ・ 回 収 ・ 未 回 収 ・ 済 ・ 未				
7			令 平 昭 大 明		男	有	有	有	有	有	有	有	有	受 付	入 力	チ	エ	ツ	ク

届 出 人 確 認	介 護 保 險	No.() 氏名	No.() 氏名	受 付 月 日	入 力 月 日
・免許 兵庫・大阪・()	資 格 異 動 日	平 成 年 月 日	資 格 異 動 日	平 成 年 月 日	
・旅券 ・保険証 ・()	被 保 険 者 番 号		被 保 険 者 番 号		
番号:	証 処 理	窓 口 ・ 郵 便 ・ 回 収 ・ 未 回 収 ・ 済 ・ 未	証 処 理	窓 口 ・ 郵 便 ・ 回 収 ・ 未 回 収 ・ 済 ・ 未	台 帳 月 日
交付年月日:	本 人 確 認	() No.	本 人 確 認	() No.	点 検 月 日