

# 転出証明書郵送依頼書

令和 年 月 日申請

|                          |  |   |              |         |         |
|--------------------------|--|---|--------------|---------|---------|
| 新住所                      |  |   |              | 世帯主名    |         |
| 寮・アパート名                  |  |   |              |         |         |
| 旧住所                      | 岩手県胆沢郡金ケ崎町                                 |   |              | 世帯主名    |         |
| 寮・アパート名                  |  |   |              |         |         |
| 本籍                       |  |   |              | 筆頭者     |         |
| 世帯主が転出される場合は、旧住所の新しい世帯主名 |  |   |              | 新世帯主名   |         |
| 新しい住所に住み始めた日             |  | 令和 年 月 日  |              |         |         |
| 転出をする人                   | 氏名   |   | 生年月日         | 性別      | 世帯主との続柄 |
|                          | 1  | フリガナ  | 大・昭・平・令<br>. | 男・女     |         |
|                          | 2  | フリガナ  | 大・昭・平・令<br>. | 男・女     |         |
|                          | 3  | フリガナ  | 大・昭・平・令<br>. | 男・女     |         |
|                          | 4  | フリガナ  | 大・昭・平・令<br>. | 男・女     |         |
|                          | 5  | フリガナ  | 大・昭・平・令<br>. | 男・女     |         |
| 同封するもの<br>及び<br>添付書類     |  | <input type="checkbox"/> 返信用封筒 (宛先を記入してください。旧住所または新住所に限る。)<br><input type="checkbox"/> 返信用切手 (返信用封筒に切手を貼付してください。)<br><input type="checkbox"/> 届出人の本人確認書類 (免許証のコピー等)<br>※以下はお持ちの方のみ同封してください。<br><input type="checkbox"/> 国民健康保険資格確認書<br><input type="checkbox"/> 印鑑登録証<br><input type="checkbox"/> 医療費受給者証 (子ども、妊産婦、重度等) |              |         |         |
| 届出人                      | 住所   | 〒 -   |              |         |         |
|                          | 氏名   | 印   |              | 転出者との関係 |         |
|                          | 昼間の連絡先電話番号 ( ) - 自宅・携帯・勤務先<br>※ 必ずご記入ください。 |   |              |         |         |