

郵送による転出届のご案内

①届出人 引越しをする本人

②必要書類

● 転出証明書郵送請求申請書

※印刷ができない場合は、同じ内容を便せん等に記入したものでかまいません。

※平日の日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。

● 本人確認書類

1点で確認できるもの・・・写真付きの官公署が発行した証明書のコピー

【例】マイナンバーカード、運転免許証、パスポート、住基カード(写真付き)、
在留カード、特別永住者証明書など

2点で確認できるもの・・・1点で確認できるものがない場合、次のもの2点のコピー

【例】健康保険証、国民年金手帳、住基カード(写真なし)、学生証、社員証、キャッシュカード、通帳など

● 次の医療保険に加入されていた方はその医療保険証等

・国民健康保険に加入されていた方は国民健康保険証

・後期高齢者医療保険に加入されていた方は後期高齢者医療被保険者証

・介護保険に加入されていた方は介護保険証

・こども医療に該当されていた方は子ども医療助成受給券

● 返信用封筒(国外転出、特例転出の場合は不要です。)

・返信用切手を貼りつけのうえ、宛先を書いてください。

※お急ぎの場合は、通常の郵送切手代に加え、速達料金分の切手を貼ってください

● 国外転出済の方の届出の場合

出国日の確認できるパスポートのページのコピー、出国日の確認できる航空券のコピー等

③送付先

〒289-1793 千葉県山武郡横芝光町宮川11,902番地 横芝光町役場 住民課住民班

転出証明郵送請求申請書

横芝光町長 宛て

申請日 令和 年 月 日

異動年月日(引越した日)	年 月 日				
転出先住所					世帯主
旧住所	横芝光町			番地	世帯主
異動した(する)人全員の氏名 (届出人本人も含めてご記入ください。)	生年月日	続柄	性別	マイナンバーカード または住基カード	マイナンバーカードまたは住 基カードをお持ちの方場合 特例転出の希望
フリガナ	大・昭・平・令			有・無	
<input type="checkbox"/> 本人 ※届出人本人が異動される場合はチェックしてくださ い。	年 月 日				
フリガナ	大・昭・平・令			有・無	
	年 月 日				
フリガナ	大・昭・平・令			有・無	する (手続き終了後に電話で連 絡をいたします。)
	年 月 日				
フリガナ	大・昭・平・令			有・無	・ しない (通常の手続きと同様に転 出証明書を郵送いたしま す。)
	年 月 日				
届出人氏名			連絡先	☎(- -)	
届出人住所			※午前8時30分から午後5時15分に連絡のつく電話番号 (送付先) 〒289-1793 千葉県山武郡横芝光町宮川11, 902番地 横芝光町役場住民課住民班 ☎0479-84-1214		