

第3号様式(第13条)

国民健康保険療養費支給申請書

					令和 年 月 日
<p>(宛先) 鎌倉市長</p> <p>申請内容等についてご連絡する場合がありますので 日中連絡のつく電話番号を ご記入ください。</p>					<p>住所 鎌倉市御成町18番10号</p> <p>世帯主 氏名 鎌倉 太郎 印</p> <p>電話 0467 (23)3000</p>
<p>次のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>この診療は、第三者行為（事故・喧嘩等）によるものではありません。</p>					<p>個人番号 (マイナンバー番号12桁)</p>
被保険者証の記号・番号	05-12345678		被保険者氏名 鎌倉 太郎	世帯主と続柄 本人	
発病・負傷年月日	別紙のとおり		生年月日 S30年1月1日	個人番号 (マイナンバー番号12桁)	
傷病名	別紙のとおり		療養期間	年 月 日から	
対象者区分	<input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被保険者本人 <input type="checkbox"/> 退職被保険者家族		<input type="checkbox"/> 就学時前 <input type="checkbox"/> 65~69歳 <input type="checkbox"/> 高齢一般 <input type="checkbox"/> 高齢一定以上	<input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> ひとり親	
診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地	(病院名) ※複数医療機関の場合、「別紙のとおり」でも可				
診療又は、調剤に従事した医師、歯科医師及び薬剤師の氏名	(医師の名前) ※複数名、または不明の場合「別紙のとおり」でも可				
療養の給付を受けることができなかつた理由	不当利得				
発病の原因			療養の内容	別紙のとおり	
傷病の経過			療養に要した費用	前健康保険組合へ支払った際の領収書の金額 ÷ (10割-自己負担割合)	
審査決定金額	円 7・8・9・10割		支給金額	円	
次のとおり決定してよいでしょうか。(伺い)			起案	・・・	
課長	課長補佐	係長	係	担当	決裁
□承認します □承認しません (理由)				承認番号	
				支給簿番号	
受付		審査依頼 ・・・	審査終了受付 ・・・	支給	・・・
口座振込	鎌倉銀行 鎌倉本店 支店				<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号 1234567		口座名義(カタカナ) カマクラ タロウ		

必ずご捺印ください。

 世帯主の口座情報を
記入してください。

Kamakura — 国民健康保険異動届出書 — National Health Insurance Application

Deadline: Must be submitted within 14 days of the qualifying event (losing employer insurance, moving in, birth, etc.) | Cost: Free | Penalty: Late enrollment means you still owe premiums from the eligibility date, and medical costs incurred during the gap are not covered.

WHAT TO BRING

>> Enrolling after leaving employer insurance

- | | |
|---|-------------|
| * Certificate of Health Insurance Loss (from former employer) | 健康保険資格喪失証明書 |
| * Residence Card | 在留カード |
| * My Number Card (or My Number notification) | マイナンバーカード |
| Bank passbook & registered seal (for auto-debit setup) | 通帳・届出印 |

>> Enrolling after moving to a new ward

- | | |
|--|-----------|
| * Residence Card | 在留カード |
| * My Number Card | マイナンバーカード |
| Moving-Out Certificate (from previous ward) (If also doing residence registration) | 転出証明書 |

>> Leaving NHI (got employer insurance)

- | | |
|---|-------------|
| * New health insurance card (from employer) | 新しい健康保険証 |
| * NHI qualification confirmation document | 国民健康保険資格確認書 |
| * My Number Card | マイナンバーカード |

COMMON MISTAKES

X Not enrolling within 14 days

-> You owe premiums retroactively from the eligibility date, but medical expenses during the gap are not covered.

X Forgetting to disenroll from NHI after getting employer insurance

-> You will be double-billed for premiums. NHI does not automatically cancel.

X Not bringing the Certificate of Health Insurance Loss

-> The ward office cannot process your enrollment. Ask your former employer to issue this document.

AFTER YOU SUBMIT

1. You receive a qualification confirmation document (資格確認書) — keep this as proof of insurance
2. Monthly premium notices arrive by mail. Pay at convenience stores, banks, or set up auto-debit
3. Dependents can be enrolled on the same form — list all household members
4. Premiums are calculated based on your previous year's income

セクション 1 — Section 1

1 第3号様式(第13条)

2 国民健康保険療養費支給申請書

3 令和 年 月 日

4 (宛先)鎌倉市長

5 住所 鎌倉市御成町18番10号

6 申請内容等についてご連絡する場合がありますので日中連絡のつく電話番号を記入ください。

7 世帯主 氏名 鎌倉 太郎

8 電話 0467 (23)3000

9 印

10 必ずご捺印ください

1 第3号様式(第13条) Form No. 3 (Article 13)

This is a form reference number - you don't need to fill this in

2 国民健康保険療養費支給申請書 National Health Insurance

Japan's public health insurance for self-employed, unemployed, and those not covered by employer insurance. Enrollment is mandatory.

3 令和 年 月 日 Reiwa era

Current Japanese era that began May 1, 2019. Used in official dates.

4 申請内容等についてご連絡 Application

This indicates the form is an application that requires submission

5 住所 鎌倉市御成町18番10号 Address

Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address.

6 (宛先)鎌倉市長 To: Mayor of Kamakura City

This is pre-printed - indicates the form is addressed to the mayor

7 する場合がありますので To do/perform

This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling

8 日中連絡のつく電話番号を 世帯主 氏名 鎌倉 太郎 印 Phone number / Head of household / Full name

Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers. The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household.

9 ご記入ください。 Please fill in

10 電話 0467 (23)3000 Phone 0467 (23) 3000



セクション 2 — Section 2 (Part 1/2)

次のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。		<input checked="" type="checkbox"/> この診療は、第三者行為（事故・喧嘩等）によるものではありません。		個人番号 (マイナンバー番号12桁)	
被保険者証の記号・番号	05-12345678	被保険者氏名	鎌倉 太郎	世帯主と統柄	本人
発病・負傷年月日	別紙のとおり	生年月日	S30 年 1 月 1 日	個人番号	(マイナンバー番号12桁)
傷病名	別紙のとおり	療養期間	年 月 日から		

に
さ
い。

1 個人番号 (マイナンバー番号12桁) My Number (Individual Number) / My Number

12-digit number. Leave blank on first registration — it will be mailed to you after. Enter your 12-digit Individual Number from your My Number card or notification

2 次のとおり、療養に要した費用に関する証 To do/perform

This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling

3 □この診療は、第三者行為（事故・喧嘩等）によるものではありません

This medical treatment is not due to third-party action (accident, fight, etc.) Check this box to confirm your medical treatment was not caused by an accident or fight involving another party

4 世帯主 Head of household

The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household.

5 被保険者証の Insurance card

Refers to your national health insurance card - this field likely continues with additional text

6 本人 Self (head of household)

This indicates 'self/head of household' - check this box if you are the main policyholder of the insurance.

7 05-12345678 05-12345678

This appears to be a form number or reference code - no action needed from you as it's pre-printed on the form

8 鎌倉 太郎 Kamakura Taro

This is an example name showing the format - write your full name in katakana characters with proper spacing

9 続柄 Relationship to head of household

See relationship terms table.

10 発病・負傷 Illness/Injury

Check this box if your move is due to becoming ill or getting injured

11 個人 Individual

Used to distinguish individual applications from household or corporate ones

12 別紙のとおり As per attached sheet

Refers to additional documents or details provided separately with your application

13 (マイナンバー番号12桁) My Number

Enter your 12-digit Individual Number from your My Number card or notification



セクション 2 — Section 2 (Part 1/2) (continued)

に
さ
い。

<p><input checked="" type="checkbox"/> 次のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> この診療は、第三者行為（事故・喧嘩等）によるものではありません。</p>		<p>個人番号 (マイナンバー番号12桁)</p>	
被保険者証の記号・番号	05-12345678	被保険者氏名	世帯主との続柄
発病・負傷年月日	別紙のとおり	生年月日 S30 年 1 月 1 日	個人番号 (マイナンバー番号12桁)
傷病名	別紙のとおり	療養期間	年 月 日から

14 S30 年 1 月 1 日 番号 Number

Enter the relevant identification number (My Number, insurance number, etc.) as specified in the form context

15 別紙のとおり As per attached sheet

Refers to additional documents or details provided separately with your application

セクション 2 — Section 2 (Part 2/2)

傷病名	別紙のとおり	1 療養期間	2 年月日から
-----	--------	--------	---------

1 療養期間 Treatment period

Enter the dates you were receiving medical treatment or unable to work due to illness

2 年月日から From

Used to indicate the starting point (previous address, etc.)



Form p.1

セクション3 — Section 3 (Part 1/2)

傷病名	① 別紙のとおり		② 療養期間	③ 年月日から
対象者区分	<input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被保険者本人 <input type="checkbox"/> 退職被保険者家族		<input type="checkbox"/> 就学時前 <input type="checkbox"/> 65~69歳 <input type="checkbox"/> 高齢一般 <input type="checkbox"/> 高齢一定以上	<input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> ひとり親
⑪ 診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地	(病院名) ※複数医療機関の場合、「別紙のとおり」でも可			
⑫ 診療又は、調剤に従事した医師、歯科医師及び薬剤師の氏名	(医師の名前) ※複数名、または不明の場合「別紙のとおり」でも可			
⑬ 不當利得	療養の給付を受			

① 別紙のとおり As per attached sheet

Refers to additional documents or details provided separately with your application

② 療養期間 Treatment period

Enter the dates you were receiving medical treatment or unable to work due to illness

③ 年月日から From

Used to indicate the starting point (previous address, etc.)

④ 一般被保険者 General insured person

Check this box if you are a regular national health insurance member (not a dependent)

⑤ 乳児 Infant

Check this box if registering an infant (typically under 1 year old)

⑥ 65~69歳 Age 65-69

Check this box if you are between 65 and 69 years old

⑦ 対象者区分 退職被保険者本人 Eligible person category Retired insured person (primary)

Check this box if you are the primary holder (not dependent) of retirement-based national health insurance

⑧ 退職被保険者家族 Dependent of retired insured person

Check if you are a family member/dependent of someone who retired from company insurance

⑨ ひとり親 Single parent

Check if you are raising children as a single parent - may qualify for benefits or reduced fees

⑩ 高齢一定以上 Elderly (above certain age)

Checkbox for seniors above a specific age threshold (usually 65 or 70)

⑪ 院、診療所、薬局その他の者の名称及 (病院名) ※複数医療機関の場合、「別紙のとおり」でも可 Other

Use this section for any additional information not covered in other fields

⑫ 診療又は、調剤に従事した医師、歯科 Physician or dentist engaged in medical treatment or dispensing

For medical professionals only - select if you are a doctor or dentist who provides treatment or prescriptions

⑬ (医師の名前) ※複数名、または不明の場合「別紙のとおり」でも可 As per attached sheet / Unknown

Refers to additional documents or details provided separately with your application Select this option when information is unavailable or cannot be determined



セクション3 — Section 3 (Part 1/2) (continued)

傷病名	① 別紙のとおり		療養期間	③ 年月日から
対象者区分	④ <input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被保険者本人 <input type="checkbox"/> 退職被保険者家族		⑤ <input type="checkbox"/> 就学時前 <input type="checkbox"/> 65~69歳 <input type="checkbox"/> 高齢一般 <input type="checkbox"/> 高齢一定以上	⑥ <input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> ひとり親
⑪ 診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地	(病院名) ※複数医療機関の場合、「別紙のとおり」でも可			
⑫ 診療又は、調剤に従事した医師、歯科 ¹³ 医師及び薬剤師の氏名	(医師の名前) ※複数名、または不明の場合「別紙のとおり」でも可			
⑭ 療養の給付を受 ¹⁴ 不當利得				

14 不當利得 Unjust enrichment

N/A - this is typically a legal/administrative term that may appear as a header or reference, not a field you would fill out

15 療養の給付を受 Receipt of medical benefits

This appears to be an incomplete phrase - likely continues with additional text about receiving medical treatment benefits

セクション 3 — Section 3 (Part 2/2)

① することができなかつた理由		
② 発病の原因	③ 療養の内容	別紙のとおり

① なかつた理由 Reason for not

Complete the sentence by explaining why something did not happen or was not done

② 発病の原因 Cause of illness

Describe what caused your medical condition or illness

③ 療養の内容 別紙のとおり As per attached sheet

Refers to additional documents or details provided separately with your application



Form p.1

セクション 4 — Section 4

1 発病の原因	2 療養の内容					別紙のとおり	
3 傷病の経過	4 療養に要した費用					5 前健康保険組合へ支払った際の領収書の金額 ÷ (10割-自己負担割合)	
6 審査決定金額	円 7 支給金額 7・8・9・10割					円	
8 次のとおり決定してよいでしょう。(伺い) か。						9 起案	10 ..
11 課長	12 課長補佐	13 係長	14 係	15 担当		16 決裁	17 ..

1 発病の原因 Cause of illness

Describe what caused your medical condition or illness

2 療養の内容 別紙のとおり As per attached sheet

Refers to additional documents or details provided separately with your application

3 傷病の経過 Course of illness/injury

Describe the progression and changes in your medical condition over time

4 療養に要した費用 Medical expenses incurred

Enter total amount spent on medical treatment or healthcare services

5 書の金額 ÷ (10割-自己負担割合) Certificate amount ÷ (10/10 - self-burden ratio)

N/A if it's just instructions/layout text

6 審査決定金額 Approved amount

Staff use only - do not fill in

7 7・8・9・10割 70%/80%/90%/100%

Insurance coverage percentage - check the box that applies to your coverage level

8 次のとおり決定してよいでしょう May this be decided as follows?

Staff use only - do not fill in

9 (伺い) 起 Inquiry/Draft

Staff use only - do not fill in

10

11 課長 課長補佐 係長 Section Chief, Assistant Section Chief, Supervisor

Staff use only - do not fill in

12 担当決 Person in charge decision

Staff use only - do not fill in

13



セクション 5 — Section 5 (Part 1/2)

1 課長	課長補佐	係長	係	担当	決裁		
2 区分	□承認します □承認しません (理由)			3	承認番号	4	5
6 受付	7 審査依頼	8	9	10	11 支給簿番号	12	13
14	15	16	17	18	19 支給	20	21 鎌倉銀行
					22 鎌倉本店	23	普通預金

6 世帯主の口座情報を記入してください。

1 課長 課長補佐 係長 Section Chief, Assistant Section Chief, Supervisor
Staff use only - do not fill in

2 担当 決 Person in charge decision
Staff use only - do not fill in

3 .. These dots are for writing dates in Japanese format (year/month/day). Fill in the numbers for when this form was processed or submitted.

4 世帯主の口座情報を Head of household
The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household.

5 区分 Category
Select the type of registration change (e.g., moving in, moving out, address change)

6 記入してください。 Please / Please / Please
This is typically part of an instruction - look for the preceding text to understand what action is requested

7 支給簿番号 Payment record number
This number is typically assigned by the municipal office - leave blank unless specifically instructed

8 (理由) Reason
Select or write the reason for your request (e.g., moving, marriage, job change)

9 審査依頼 Request for examination
Staff use only - do not fill in

10 審査終了受付 Reception / Received
Staff use - indicates form was received. Do not fill in.

11 受付 Reception / Received
Staff use - indicates form was received. Do not fill in.

12 .. Enter the date when the bank account information was verified or confirmed. Use Japanese date format with numbers in each dot position.

13 .. Write the date when the direct deposit setup was completed or activated. Fill in year, month, and day in the respective dot positions.

14 .. Enter the date related to the salary/benefit payment processing. This likely refers to when your payment information was finalized in the system.

15 鎌倉銀行 鎌倉本店 Head office / Bank
Enter the main office address of your company or organization Enter the name of your bank for direct deposit or payment purposes



セクション 5 — Section 5 (Part 2/2)

口座	鎌倉 銀行	鎌倉 本店 支店	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
----	-------	-------------	---

1 普通預金 Regular savings account

Check this box if using a regular savings account for automatic payments or refunds

2 支店 Branch

For bank branch name when providing financial information



Form p.1

セクション 6 — Section 6

④ <input type="checkbox"/> 口座振込	① <input checked="" type="checkbox"/> リモート銀行 ② <input type="checkbox"/> 日本銀行支店	③ <input checked="" type="checkbox"/> 支店 文店	② <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号 ⑤ 1 2 3 4 5 6 7	口座名義(カタカナ) ⑥ カマクラ タロウ	

1 鎌倉銀行 鎌倉本店 Head office / Bank

Enter the main office address of your company or organization
 Enter the name of your bank for direct deposit or payment purposes

2 普通預金 Regular savings account

Check this box if using a regular savings account for automatic payments or
 refunds

3 支店 Branch

For bank branch name when providing financial information

4 振口座番号 Account number

Your bank account number (usually 7 digits).

5 1 2 3 4 5 6 7 1234567

6 カマクラ タロウ KAMAKURA TARO

This is an example name showing the katakana format required



COUNTER PHRASES

Point and show these to ward office staff

FINDING THE COUNTER

すみません、国民健康保険の窓口はどこですか？

Sumimasen, kokumin kenkō hoken no madoguchi wa doko desu ka?

Excuse me, where is the National Health Insurance counter?

ENROLLING

国民健康保険に加入したいのですが

Kokumin kenkō hoken ni kanyū shitai no desu ga

I would like to enroll in National Health Insurance

CANCELLING

国民健康保険をやめたいのですが

Kokumin kenkō hoken wo yametai no desu ga

I would like to cancel my National Health Insurance

SHOWING PROOF

資格喪失証明書を持っています

Shikaku sōshitsu shōmeisho wo motteimasu

I have my Certificate of Health Insurance Loss

ASKING ABOUT PREMIUMS

保険料はいくらですか

Hokenryō wa ikura desu ka?

How much is the insurance premium?

LEFT PREVIOUS JOB

会社を辞めたので、国保に切り替えたいです

Kaisha wo yameta node, kokuhō ni kirikae tai desu

I left my company and want to switch to National Health Insurance