

国保

様式第1号（第7条関係）

## 国民健康保険人間ドック及び脳ドック健康診査費用補助金交付申請書

日立市長 殿

私は、次の事項を確認し、日立市国民健康保険人間ドック及び脳ドック健康診査費用補助金交付要綱第7条の規定により、補助金の交付を申請します。

- 1 受診日に日立市の国民健康保険被保険者である。
- 2 受診日の属する前年度までの国民健康保険料を完納している。
- 3 人間ドック等の受診結果等を市へ提供し、特定保健指導の対象となった場合は当該結果を保健事業に利用することに同意する。
- 4 人間ドックまたは併診ドックを受診する場合は、市の特定健康診査（集団健診または医療機関健診）との重複受診をしないこと。重複受診をしたときは、特定健康診査にかかる費用を市へ返還することに同意する。
- 5 脳ドックの申請については、前年度及び前々年度に補助を受けていない。

上記1～5の補助要件をすべて満たしています。

令和 **7** 年 **1** 月 **1** 日

申請者 (受診者)	被保険者 記号・番号	2ヒ	1	2	3	4	5	6	7	※7桁	
	フリガナ	ヒタチ ハナコ									
	氏名	日立 花子									
	生年月日	西暦	1	9	6	0	年	3	月	3	日
	住所	日立市助川町1丁目1番1号									
	日中つながる 電話番号	0294-22-3111									

受診年月日	令和 <b>7</b> 年 <b>5</b> 月 <b>5</b> 日
-------	-------------------------------------

受診する種別に <u>○をつけてください</u> <u>(※1つのみ)</u>	人間ドック	<input type="radio"/>
	脳ドック	<input type="radio"/>
	併診ドック	<input type="radio"/>

希望する医療機関1つに○をつけてください			
①日立総合病院(日立総合健診センター)		⑥川崎病院	
②日立健康管理センタ(会瀬町)		⑦田尻ヶ丘病院	
③日立メディカルセンター		⑧永井ひたちの森病院	
④日鉱記念病院		⑨聖麗メモリアル病院(茂宮町)	
⑤ひたち医療センター		⑩聖麗メモリアル高鈴	
他の医療機関の場合、下欄に記入してください。			
〇〇病院			

# Hitachi — 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 様式第 1 号 (第 7 条関係)

2 国民健康保険人間ドック及び脳ドック健康診査費用補助金交付申請書

3 日立市長 殿

4 私は、次の事項を確認し、日立市国民健康保険人間ドック及び脳ドック健康診査費用補助金交付要綱第 7 条の規定により、補助金の交付を申請します。

- 1 受診日に日立市の国民健康保険被保険者である。
- 2 受診日の属する前年度までの国民健康保険料を完納している。
- 3 人間ドック等の受診結果等を市へ提供し、特定保健指導の対象となった場合は当該結果を保健事業に利用することに同意する。
- 4 人間ドックまたは併診ドックを受診する場合は、市の特定健康診査（集団健診または医療機関健診）との重複受診をしないこと。重複受診をしたときは、特定健康診査にかかる費用を市へ返還することに同意する。
- 5 脳ドックの申請については、前年度及び前々年度に補助を受けていない。

6 上記 1～5 の補助要件をすべて満たしています。  令和 7 年 1 月 1 日

7 被保険者 記号・番号	2 査	1	2	3	4	5	6	7	※7 査
-----------------	-----	---	---	---	---	---	---	---	------



## 1 国保 National Health Insurance

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

## 2 様式第 1 号 (第 7 条関係) [様式第 1 号 (第 7 条関係)]

## 3 国民健康保険人間ドック及び脳ドック健康診査費用補助金交付申請書 National Health Insurance

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

## 4 日立市長 殿 [日立市長 殿]

## 5 私は、次の事項を確認し、日立市国民健康保険人間ドック及び脳ドック健康診査費用 National Health Insurance

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

## 6 3 人間ドック等の受診結果等を市へ提供し、特定保健指導の対象となった場合は当該結果 [3 人間ドック等の受診結果等を市へ提供し、特定保健指導の対象となった場合は当該結果]

7 4 人間ドックまたは併診ドックを受診する場合は、市の特定健康診査（集団健診または To do/perform  
This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling8 5 脳ドックの申請については、前年度及び前々年度に補助を受けていない。  
[5 脳ドックの申請については、前年度及び前々年度に補助を受けていない。]

## 9 上記 1～5 の補助要件をすべて満たしています。 ✓

## 10 令和 7 年 1 月 1 日 [令和 7 年 1 月 1 日]

## 11 ※7 査 [※7 査]

## 12 記号・番号 [記号・番号]



## セクション 2 — Section 2

申請者 (受診者)	記号・番号	2 ヒ	1	2	3	4	5	6	7	※ 7 行
	フリガナ	ヒタチ	ハナコ							
	氏名	日立 花子								
	生年月日	西暦	1	9	6	0	年	3	月	3
住所	日立市助川町1丁目1番1号									

※ 7 行 [※ 7 行]

記号・番号 [記号・番号]

ヒタチ ハナコ [ヒタチ ハナコ]

日立 花子 [日立 花子]

氏名 Full name

Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.

西暦 1 9 6 0 年 3 月 3 日 [西暦 1 9 6 0 年 3 月 3 日]

生年月日 Date of birth

Format: 年(year) 月(month) 日(day). Use Japanese calendar (令和/平成) or Western year.

住所 Address

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

日立市助川町 1 丁目 1 番 1 号 [日立市助川町 1 丁目 1 番 1 号]

日中つながる [日中つながる]



Form p.1

## セクション3 — Section 3

① 日中つながる 電話番号	0294-22-3111		
③ 受診年月日		④ 令和 7 年 5 月 5 日	
⑥ 受診する種別に ○をつけてください <u>(※1つのみ)</u>		⑤ 人間ドック ⑦ 脳ドック ⑧ 併診ドック	
⑨ 希望する医療機関1つに○をつけてください			
⑩ ①日立総合病院(日立総合健診センター)		⑪ ⑥川崎病院	

1 日中つながる [日中つながる]

2 0294-22-3111 [0294-22-3111]

3 受診年月日 [受診年月日]

4 令和 7 年 5 月 5 日 [令和 7 年 5 月 5 日]

5 人間ドック [人間ドック]

6 ○をつけてください [○をつけてください]

7 脳ドック [脳ドック]

8 併診ドック [併診ドック]

9 希望する医療機関 1つに○をつけてください To do/perform

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

10 ①日立総合病院 ( 日立総合健診センター ) [①日立総合病院 ( 日立総合健診センター )]

11 ⑥川崎病院 [⑥川崎病院]



Form p.1

## セクション 4 — Section 4

①日立総合病院(日立総合健診センター)	⑥川崎病院
②日立健康管理センタ(会瀬町)	⑦田尻ヶ丘病院
③日立メディカルセンター	⑧永井ひたちの森病院
④日鉱記念病院	⑨聖麗メモリアル病院(茂宮町)
⑤ひたち医療センター	⑩聖麗メモリアル高鈴
⑪他の医療機関の場合、下欄に記入してください。	
○○病院	

- 1 ①日立総合病院 ( 日立総合健診センター ) [①日立総合病院 ( 日立総合健診センター )]
- 2 ⑥川崎病院 [⑥川崎病院]
- 3 ②日立健康管理センタ ( 会瀬町 ) [②日立健康管理センタ ( 会瀬町 )]
- 4 ⑦田尻ヶ丘病院 [⑦田尻ヶ丘病院]
- 5 ③日立メディカルセンター [③日立メディカルセンター]
- 6 ⑧永井ひたちの森病院 [⑧永井ひたちの森病院]
- 7 ④日鉱記念病院 [④日鉱記念病院]
- 8 ⑨聖麗メモリアル病院 ( 茂宮町 ) [⑨聖麗メモリアル病院 ( 茂宮町 )]
- 9 ⑤ひたち医療センター [⑤ひたち医療センター]
- 10 ⑩聖麗メモリアル高鈴 [⑩聖麗メモリアル高鈴]
- 11 ⑪他の医療機関の場合、下欄に記入してください。 Other  
Use this section for any additional information not covered in other fields
- 12 ○○病院 [○○病院]



## セクション 5 — Section 5

 ○○病院

1

○○病院 [○○病院]



Form p.1

## 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