

第3号様式(第13条)

国民健康保険療養費支給申請書

(宛先)鎌倉市長		令和 年 月 日	
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。		住所	鎌倉市御成町18番10号
		世帯主 氏名	鎌倉 太郎
		電話	0467 (23)3000
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。		個人番号	(マイナンバー番号12桁)
<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。			
被保険者証の 記号・番号	05-12345678	被保険者氏名	鎌倉 太郎
発病・負傷 年 月 日	(装具の必要性を医師が 認めた日)	生年月日	S30 年 1 月 1 日
傷病名	(意見書に記載されて いる傷病名)	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)	
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)	
療養の給付を受 けることができ なかつた理由	装具の申請		
発病の原因	療養の内容		
傷病の経過	療養に要した費用		
審査決定金額	円		
次のとおり決定してよいでしょう か。	(伺い)		
課長	課長補佐	係長	係
担当	起案		
決裁	承認番号		
支給簿番号	世帯主の口座情報を 記入してください。		
区分	<input type="checkbox"/> 承認します <input type="checkbox"/> 承認しません (理由)		
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		
口座番号	1234567		
口座名義(カタカナ)	カマクラ タロウ		
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		

必ずご捺印ください。

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 in

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

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

(宛先)鎌倉市長

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。

住所 鎌倉市御成町18番10号

世帯主 氏名 鎌倉 太郎

電話 0467 (23)3000

個人番号 (マイナンバー番号12桁)

必ずご捺印ください

- 1 第3号様式(第13条) [第3号様式(第13条)]
- 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 [令和 年 月 日]
- 4 申請内容等についてご連絡 [申請内容等についてご連絡]
- 5 住所 鎌倉市御成町18番10号 ご 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 [(宛先)鎌倉市長]
- 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。 [ご記入ください。]
- 10 電話 0467 (23)3000 [電話 0467 (23)3000]
- 11 個人番号 (マイナンバー番号12桁) さ 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



セクション 2 — Section 2 (Part 1/2)

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338

339

340

341

342

343

344

345

346

347

348

349

350

351

352

353

354

355

356

357

358

359

360

361

362

363

364

365

366

367

368

369

370

371

372

373

374

375

376

377

378

379

380

381

382

383

384

385

386

387

388

389

390

391

392

393

394

395

396

397

398

399

400

401

402

403

404

405

406

407

408

409

410

411

412

413

414

415

416

417

418

419

420

421

422

423

424

425

426

427

428

429

430

431

432

433

434

435

436

437

438

439

440

441

442

443

444

445

446

447

448

449

450

451

452

453

454

455

456

457

458

459

460

461

462

463

464

465

466

467

468

469

470

471

472

473

474

475

476

477

478

479

480

481

482

483

484

485

486

487

488

489

490

491

492

493

494

495

496

497

498

499

500

501

502

503

504

505

506

507

508

509

510

511

512

513

514

515

516

517

518

519

520

521

522

523

524

525

526

527

528

529

530

531

532

533

534

535

536

537

538

539

540

541

542

543

544

545

546

547

548

549

550

551

552

553

554

555

556

557

558

559

560

561

562

563

564

565

566

567

568

569

570

571

572

573

574

575

576

577

578

579

580

581

582

583

584

585

586

587

588

589

590

591

592

593

594

595

596

597

598

599

600

601

602

603

604

605

606

607

608

609

610

611

612

613

614

615

616

617

618

619

620

621

622

623

624

625

626

627

628

629

630

631

632

633

634

635

636

637

638

639

640

641

642

643

644

645

646

647

648

649

650

651

652

653

654

655

656

657

658

659

660

661

662

663

664

665

666

667

668

669

670

671

672

673

674

675

676

677

678

679

680

681

682

683

684

685

686

687

688

689

690

691

692

693

694

695

696

697

698

699

700

701

702

703

704

705

706

707

708

709

710

711

712

713

714

715

716

717

718

719

720

721

722

723

724

725

726

727

728

729

730

731

732

733

734

735

736

737

738

739

740

741

742

743

744

745

746

747

748

749

750

751

752

753

754

755

756

757

758

759

760

761

762

763

764

765

766

767

768

769

770

771

772

773

774

775

776

777

778

779

780

781

782

783

784

785

786

787

788

789

790

791

792

793

794

795

796

797

798

799

800

801

802

803

804

805

806

807

808

809

810

811

812

813

814

815

816

817

818

819

820

821

822

823

824

825

826

827

828

829

830

831

832

833

834

835

836

837

838

839

840

841

842

843

844

845

846

847

848

849

850

851

852

853

854

855

856

857

858

859

860

861

862

863

864

865

866

867

868

869

870

871

872

873

874

875

876

877

878

879

880

881

882

883

884

885

886

887

888

889

890

891

892

893

894

895

896

897

898

899

900

901

902

903

904

905

906

907

908

909

910

911

912

913

914

915

916

917

918

919

920

921

922

923

924

925

926

927

928

929

930

931

932

933

934

935

936

937

938

939

940

941

942

943

944

945

946

947

948

949

950

951

952

953

954

955

956

957

958

959

960

961

962

963

964

965

966

967

968

969

970

971

972

973

974

975

976

977

978

979

980

981

982

983

984

985

986

987

988

989

990

991

992

993

994

995

996

997

998

999

1000

1001

1002

1003

1004

1005

1006

1007

1008

1009

1010

1011

1012

1013

1014

1015

1016

1017

1018

1019

1020

1021

1022

1023

1024

1025

1026

1027

1028

1029

1030

1031

1032

1033

1034

1035

1036

1037

1038

1039

1040

1041

1042

1043

1044

1045

1046

1047

1048

1049

1050

1051

1052

1053

1054

1055

1056

1057

1058

1059

1060

1061

1062

1063

1064

1065

1066

1067

1068

1069

1070

1071

1072

1073

1074

1075

1076

1077

1078

1079

1080

1081

1082

1083

1084

1085

1086

1087

1088

1089

1090

1091

1092

1093

1094

1095

1096

1097

1098

1099

1100

1101

1102

1103

1104

1105

1106

1107

1108

1109

1110

1111

1112

1113

1114

1115

1116

1117

1118

1119

1120

1121

1122

1123

1124

1125

1126

1127

1128

1129

1130

1131

1132

1133

1134

1135

1136

1137

1138

1139

1140

1141

1142

1143

1144

1145

1146

1147

1148

1149

1150

1151

1152

1153

1154

1155

1156

1157

1158

1159

1160

1161

1162

1163

1164

1165

1166

1167

1168

1169

1170

1171

1172

1173

1174

1175

1176

1177

1178

1179

1180

1181

1182

1183

1184

1185

1186

1187

1188

1189

1190

1191

1192

1193

1194

1195

1196

1197

1198

1199

1200

1201

1202

1203

1204

1205

1206

1207

1208

1209

1210

1211

1212

1213

1214

1215

1216

1217

1218

1219

1220

1221

1222

1223

1224

1225

1226

1227

1228

1229

1230

1231

1232

1233

1234

1235

1236

1237

1238

1239

1240

1241

1242

1243

1244

1245

1246

1247

1248

1249

1250

1251

1252

1253

1254

1255

1256

1257

1258

1259

1260

1261

1262

1263

1264

1265

1266

1267

1268

1269

1270

1271

1272

1273

1274

1275

1276

1277

1278

1279

1280

1281

1282

1283

1284

1285

1286

1287

1288

1289

1290

1291

1292

1293

1294

1295

1296

1297

1298

1299

1300

1301

1302

1303

1304

1305

1306

1307

1308

1309

1310

1311

1312

1313

1314

1315

1316

1317

1318

1319

1320

1321

1322

1323

1324

1325

1326

1327

1328

1329

1330

1331

1332

1333

1334

1335

1336

1337

1338

1339

1340

1341

1342

1343

1344

1345

1346

1347

1348

1349

1350

1351

1352

1353

1354

1355

1356

1357

1358

1359

1360

1361

1362

1363

1364

1365

1366

1367

1368

1369

1370

1371

1372

1373

1374

1375

1376

1377

1378

1379

1380

1381

1382

1383

1384

1385

1386

1387

1388

1389

1390

1391

1392

1393

1394

1395

1396

1397

1398

1399

1400

1401

1402

1403

1404

1405

1406

1407

1408

1409

1410

1411

1412

1413

1414

1415

1416

1417

1418

1419

1420

1421

1422

1423

1424

1425

1426

1427

1428

1429

1430

1431

1432

1433

1434

1435

1436

1437

1438

1439

1440

1441

1442

1443

1444

1445

1446

1447

1448

1449

1450

1451

1452

1453

1454

1455

1456

1457

1458

1459

1460

1461

1462

1463

1464

1465

1466

1467

1468

1469

1470

1471

1472

1473

1474

1475

1476

1477

<

セクション 2 — Section 2 (Part 2/2)

	傷病名	(意見書に記載されて いる傷病々)	療養期間				年	月	日から
--	-----	----------------------	------	--	--	--	---	---	-----

- 1療養期間 [療養期間]
- 2年 月 日から From
Used to indicate the starting point (previous address, etc.)



セクション 3 — Section 3 (Part 1/2)

年 月 日		認めた日		SSU 年 月 日		番 号	
傷 病 名		(意見書に記載されて いる傷病名)		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)					
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)					
療養の給付を受		装具の申請					

- 1 (意見書に記載されて) [(意見書に記載されて)]
- 2 療養期間 [療養期間]
- 3 年 月 日から From
Used to indicate the starting point (previous address, etc.)
- 4 ☐ 一般被保険者 [☐ 一般被保険者]
- 5 ☐ 乳児 [☐ 乳児]
- 6 ☐ 65～69歳 [☐ 65～69歳]
- 7 対象者区分 ☐ 退職被保険者本人 [対象者区分 ☐ 退職被保険者本人]
- 8 ☐ 退職被保険者家族 [☐ 退職被保険者家族]
- 9 ☐ ひとり親 [☐ ひとり親]
- 10 ☐ 高齢一定以上 [☐ 高齢一定以上]
- 11 院、診療所、薬局その他の者の名称及 (病院名) 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 [(診療又は、調剤に従事した医師、歯科)]
- 13 (医師の名前) [(医師の名前)]
- 14 装具の申請 [装具の申請]
- 15 療養の給付を受 [療養の給付を受]



セクション 3 — Section 3 (Part 2/2)

1	けることができ なかつた理由		
2	発 病 の 原 因	3	療 養 の 内 容 コルセット
4	傷 病 の 経 過	5	療養に要した費用 6 (医療適用内の領収書金額) 円

- 1
- なかつた理由 [なかつた理由]
- 2
- 発病の原因 [発病の原因]
- 3
- 療養の内容 コルセット [療養の内容 コルセット]
- 4
- 傷病の経過 [傷病の経過]
- 5
- 療養に要した費用 [療養に要した費用]
- 6
- (医療適用内の領収書金額) 円 [(医療適用内の領収書金額) 円]



セクション 4 — Section 4

1 傷病の経過		2 療養に要した費用		3 (医療適用内の領収書金額) 円	
4 審査決定金額 円		5 支給金額 7・8・9・10割		円	
6 次のとおり決定してよいでしょうか。		7 (伺い) 起 案		8 . .	
10 課長 課長補佐 係長 係 担当		9 決 裁		9 . .	
		承認番号		12 世帯主の口座情報を	

- 1 傷病の経過 [傷病の経過]
- 2 療養に要した費用 [療養に要した費用]
- 3 (医療適用内の領収書金額) 円 [(医療適用内の領収書金額) 円]
- 4 審査決定金額 [審査決定金額]
- 5 7・8・9・10割 [7・8・9・10割]
- 6 次のとおり決定してよいでしょう [次のとおり決定してよいでしょう]
- 7 (伺い) 起 [(伺い) 起]
- 8 . . [. .]
- 9 . . [. .]
- 10 課長 課長補佐 係長 [課長 課長補佐 係長]
- 11 担当決 [担当決]
- 12 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.



セクション 5 — Section 5 (Part 1/2)

承認番号		1	
支給簿番号		2	
区分	<input type="checkbox"/> 承認します <input type="checkbox"/> 承認しません (理由)	7	3
受付	審査依頼	審査終了受付	支給
口座振	鎌倉 銀行 鎌倉 本店		13
口座番号	口座名義(カタカナ)		<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金

- 1 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.
- 2 記入してください。 [記入してください。]
- 3 区分 [区分]
- 4 支給簿番号 [支給簿番号]
- 5 (理由) [(理由)]
- 6 審査依頼 [審査依頼]
- 7 審査終了受付 Reception / Received
Staff use - indicates form was received. Do not fill in.
- 8 受付 Reception / Received
Staff use - indicates form was received. Do not fill in.
- 9 . . [. .]
- 10 . . [. .]
- 11 . . [. .]
- 12 鎌倉 銀行 鎌倉 本店 [鎌倉 銀行 鎌倉 本店]
- 13 ☐普通預金 [☐普通預金]
- 14 支店 [支店]
- 15 振口座番号 Account number
Your bank account number (usually 7 digits).



セクション 5 — Section 5 (Part 2/2)

		振込	口座番号 ●1 2 3 4 5 6 7	口座名義(カタカナ) ●カマクラ タロウ	
--	--	----	------------------------	-------------------------	--

- 11 2 3 4 5 6 7 [1 2 3 4 5 6 7]
- 2カマクラ タロウ [カマクラ タロウ]



セクション 6 — Section 6

	振込	口座番号 1 2 3 4 5 6 7	口座名義 (カマクラ) カマクラ タロウ
--	----	-----------------------	-------------------------

- 1

振口座番号 Account number
Your bank account number (usually 7 digits).
- 2

1 2 3 4 5 6 7 [1 2 3 4 5 6 7]
- 3

カマクラ タロウ [カマクラ タロウ]



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, kokuho ni kirikae tai desu

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