

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請書

(宛先) 茅ヶ崎市長

年 月 日

| | | | | |
|--|--|--------|------------------|----------|
| 解 除 申 請 者 | フリガナ | | 生 年 月 日 | 大・昭・平・令 |
| | 氏名 | (代理人) | | 年 月 日 |
| | 住所 | (〒 —) | 都道 府県 | 市区 町村 |
| | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | |
| | | Email | | |
| 被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。 | 被保険者等記号 | 番号 | 枝番 | |
| | 0 8 | | | |
| マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除について (全ての□に✓をし、署名をお願いします) | <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を申請します。 <input type="checkbox"/> 利用登録を解除すると、マイナンバーカードによりオンライン資格確認を行うことはできなくなります。 <input type="checkbox"/> 利用登録の解除を申請した方には、保険者から資格確認書を交付します。解除後、医療機関・薬局を受診等される際には資格確認書の持参が必要です。 <input type="checkbox"/> 利用登録解除後、マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」画面に反映されるまで、1~2ヶ月程度時間がかかる場合があります。 <input type="checkbox"/> 解除申請後から解除がなされるまでの間(1~2ヶ月程度)に、別の医療保険者等に異動した場合は、自分が茅ヶ崎市国民健康保険にて解除申請を行った旨を申し出るとともに、資格確認書の交付についてご確認ください。 | | | |
| | 署名 : _____ | | | |
| 解除を希望する理由 | (理由) <hr/> <hr/> <p>※マイナンバーカードにより医療機関等を受診することで、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療情報のデータに基づいたよりよい医療を受けることができます。 ※マイナンバーカードの健康保険証利用登録により、ご本人の医療情報の漏洩等セキュリティ上のリスクが生じることはありません。 ※なお、健康保険証の利用登録を解除した後も、再度利用登録の手続を行うことは可能です。健康保険証の利用登録は、マイナポータルやセブン銀行ATMのほか、医療機関・薬局の受付に設置されている顔認証付きカードリーダーから行うことができます。</p> | | | |

(備考) 代理人により申請する場合は、氏名及び連絡先欄に、解除対象者及び代理人の氏名及び連絡先を記載してください。

職員記入欄

| 受付者 | 入力者・日 | 確認者 | 資格確認書発行 | 解除予定日 |
|------|-------|-----|-----------------------------|-------|
| 利用登録 | / | | 済 窓口交付・郵送 (/ 発送) 未済 () | / |

Chigasaki — 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 マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請書

② (宛先) 茅ヶ崎市長

③ 年 月 日

| | | | | | |
|-------------|--------|--------|------------|----------|---------|
| 解 除 申 | ④ フリガナ | | ⑤ 生年 月日 | 大・昭・平・令 | ⑦ 年 月 日 |
| | ⑥ 氏名 | | | (代理人) | |
| | | (〒 —) | | 都道 市区 | |

1 マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請書 My Number Card / My Number Card / My Number Card

Japan's national ID card with IC chip - bring if you have one Plastic IC card with your 12-digit Individual Number. Can be used as primary ID. Apply at your ward office after receiving the notification letter.

2 (宛先) 茅ヶ崎市長 To: Mayor of Chigasaki City

This is pre-printed - shows who receives your form

3 年月日 Year Month Day

Write the date in Japanese format (year/month/day) using Arabic numerals

4 フリガナ Phonetic reading (katakana)

Write the katakana reading of your name. For foreign names, this IS your name in katakana.

5 生大・昭・平・令 Era abbreviations (Taisho/Showa/Heisei/Reiwa) / Showa/Heisei/Reiwa

Circle the era corresponding to your birth year or the date being entered Circle the era corresponding to your birth year or relevant date

6 氏名 Full name

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

7 年月日 Year Month Day

Write the date in Japanese format (year/month/day) using Arabic numerals, e.g., 2024年12月15日

8 (代理人) Proxy/Representative

Fill in if someone else is submitting this form on your behalf

9 都道 市区 Prefecture

Select your prefecture from the dropdown or write the full prefecture name



セクション 2 — Section 2

| | | | |
|------------------|---|--|---------------------------|
| 申請者 Applicant | ② 住所 Address | ① 都道府県 Prefecture | 市区町村 City/town/village |
| | ⑤ 連絡先 Contact | ④ 電話番号 Phone number | |
| | | ⑥ Email | |
| | ⑩ ※枝番を含め、全て正確に記載してください。 *Please fill in everything accurately, including branch numbers. | ⑦ 被保険者等記号 Insured person | ⑧ 番号 Number |
| | | ⑨ 枝番 Sub-number | |
| | | ⑪ □マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を申請します。 *Please fill in everything accurately, including branch numbers. | |
| | | ⑫ □利用登録を解除すると、マイナンバーカードによりオンライン資格確認を行うことはできなくなります。 *Please fill in everything accurately, including branch numbers. | |
| | | ⑬ □利用登録の解除を申請した方には、保険者から資格確認書を交付します。解除後、医療機関にてオンライン資格確認を行ってください。 *Please fill in everything accurately, including branch numbers. | |
| | | ⑭ マイナンバーカード | |
| | | ⑮ | |

1 都道府県 Prefecture

Select your prefecture from the dropdown or write the full prefecture name

2 住所 Address

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

3 府県 町村 Prefecture

Select your prefecture (e.g., Tokyo-to, Osaka-fu, Kyoto-fu, or other -ken)

4 電話番号 Phone number

Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.

5 連絡先 Phone number

Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.

6 Email Email

Provide your email address for municipal communications and notifications

7 被保険者等記号 Insured person

The person covered by the insurance policy (usually yourself when applying)

8 番号 Number

Enter your residence card number or other relevant identification number as specified in the form instructions.

9 枝番 Sub-number

Additional number after the main address number (e.g., if main number is 123, sub-number might be 4 for 123-4)

10 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。 *Please fill in everything accurately, including branch numbers

Include all digits in your address, including apartment/unit numbers and any additional numeric codes

11 □マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を申請します。 My Number Card / My Number Card / My Number Card

Japan's national ID card with IC chip - bring if you have one Plastic IC card with your 12-digit Individual Number. Can be used as primary ID. Apply at your ward office after receiving the notification letter.

12 □利用登録を解除すると、マイナンバーカードによりオンライン資格確認を行うことは

My Number Card / My Number Card / Online

Plastic IC card with your 12-digit Individual Number. Can be used as primary ID. Apply at your ward office after receiving the notification letter. Japan's national ID card with IC chip - bring original if you have one



セクション 2 — Section 2 (continued)

| | | | | |
|-------------|---|-----------|------|------|
| 申請者 | ② 住所 | ① 都道府県 | 市区町村 | |
| | ⑤ 連絡先 | ④ 電話番号 | | |
| | | ⑨ Email | | |
| | 被保険者等記号・番号 ※枝番を含め、全て正確に記載してください。 | ⑦ 被保険者等記号 | ⑧ 番号 | ⑨ 枝番 |
| | | 0 8 | | |
| ⑩ マイナンバーカード | <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を申請します。 <input type="checkbox"/> 利用登録を解除すると、マイナンバーカードによりオンライン資格確認を行うことはできなくなります。 <input type="checkbox"/> 利用登録の解除を申請した方には、保険者から資格確認書を交付します。解除後、医 | | | |

13 できません。

This is informational text stating that if you cancel your registration, you will no longer be able to use your My Number card for online identity verification. No input is required - this is just explaining the consequences of cancellation.

14 マイナンバーカード My Number

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

15 □利用登録の解除を申請した方には、保険者から資格確認書を交付します。解除後、医 . / Qualification / Document

Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)

セクション3 — Section 3 (Part 1/2)

| | |
|---|--|
| <p>① マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除について (全ての□に✓をし、署名をお願いします)</p> <p>⑮ 解除を希望する</p> | <p>できません。</p> <p>□利用登録の解除を申請した方には、保険者から資格確認書を交付します。解除後、医療機関・薬局を受診等される際には資格確認書の持参が必要です。</p> <p>□利用登録解除後、マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」画面に反映されるまで、1~2ヶ月程度時間がかかる場合があります。</p> <p>□解除申請後から解除がなされるまでの間（1~2ヶ月程度）に、別の医療保険者等に異動した場合は、自身が茅ヶ崎市国民健康保険にて解除申請を行った旨を申し出るとともに、資格確認書の交付についてご確認ください。</p> <p>⑫ 署名 : _____</p> <p>⑬ (理由) _____</p> <p>⑭ _____</p> <p>※マイナンバーカードにより医療機関等を受診することで、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療情報のデータがバッカスに登録されます。レバブキサオ</p> |
|---|--|

1 マイナンバーカー My Number

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

2 □利用登録の解除を申請した方には、保険者から資格確認書を交付します。解除後、医 . / Qualification / Document

Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)

3 治療機関・薬局を受診等される際には資格確認書の持参が必要です。 . / Qualification

Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)

4 証利用登録の解 Cancellation of certificate usage registration

Check this box if you want to cancel your registration for using certificates (like for online government services)

5 □利用登録解除後、マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」画面に反映

My Number Portal / Health insurance card

Official government online service portal using your My Number card Japanese health insurance card. Can serve as secondary ID at some banks.

6 されるまで、1~2ヶ月程度時間がかかる場合があります。 Yes/There is / .

This indicates affirmative response - check if applicable to your situation

7 (全ての□に✓) (Check all boxes □ with ✓

This appears to be incomplete instruction text - you'll need to see the full context to know which specific boxes to check on your residence registration form.

8 □解除申請後から解除がなされるまでの間（1~2ヶ月程度）に、別の医療保険者等に From

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

9 願いします) please)

N/A - this appears to be a fragment of instructional text, likely part of a longer phrase asking residents to fill out the form properly

10 異動した場合は、自身が茅ヶ崎市国民健康保険にて解除申請を行った旨を申し出ると National Health Insurance

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

11 ともに、資格確認書の交付についてご確認ください。 Qualification

Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)



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

| | |
|---|--|
| <p>① マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除について (全ての□に✓をし、署名をお願いします)</p> <p>② できなくなります。</p> <p>③ □利用登録の解除を申請した方には、保険者から資格確認書を交付します。解除後、医療機関・薬局を受診等される際には資格確認書の持参が必要です。</p> <p>④ □利用登録解除後、マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」画面に反映されるまで、1～2ヶ月程度時間がかかる場合があります。</p> <p>⑤ □解除申請後から解除がなされるまでの間（1～2ヶ月程度）に、別の医療保険者等に異動した場合は、自身が茅ヶ崎市国民健康保険にて解除申請を行った旨を申し出るとともに、資格確認書の交付についてご確認ください。</p> | <p>⑥ 署名 : _____</p> <p>⑦ (理由) _____</p> <p>⑧ _____</p> <p>※ マイナンバーカードにより医療機関等を受診することで、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療情報のデータ化が行われる事による影響を了承する旨記入して下さい。</p> |
| ⑨ 解除を希望する | |

12 署名 : Signature:

Sign your name here as you would normally write it (can be in Roman letters for foreign residents)

13 (理由) Reason

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

14 ※ マイナンバーカードにより医療機関等を受診することで、ご本人の同意に基づき、自身の過去の My Number Card / My Number Card / My Number

Plastic IC card with your 12-digit Individual Number. Can be used as primary ID.

Apply at your ward office after receiving the notification letter. Japan's national ID card with IC chip - bring original if you have one

15 解除を希望する To do/perform

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

セクション3 — Section 3 (Part 2/2)

| | |
|----|---|
| 理由 | <p>1 健康・医療情報のデータに基づいたよりよい医療を受けることができます。</p> <p>※マイナンバーカードの健康保険証利用登録により、ご本人の医療情報の漏洩等セキュリティ上のリスクが生じることはありません。</p> <p>2 ※なお、健康保険証の利用登録を解除した後も、再度利用登録の手続を行うことは可能です。健康保険証の利用登録は、マイナポータルやセブン銀行ATMのほか、医療機関・薬局の受付に設置されている顔認証付きカードリーダーから行うことができます。</p> <p>3</p> <p>4 (備考) 代理人により申請する場合は、氏名及び連絡先欄に、解除対象者及び代理人の氏名及び連絡先を記載してください。</p> |
|----|---|

- 1 ※ マイナンバーカードの健康保険証利用登録により、ご本人の医療情報の漏洩等セキュリティ上の
My Number Card / My Number Card / My Number Card
Japan's national ID card with IC chip - bring if you have one Plastic IC card
with your 12-digit Individual Number. Can be used as primary ID. Apply at your
ward office after receiving the notification letter.
- 2 ※なお、健康保険証の利用登録を解除した後も、再度利用登録の手続を行うことは可能です。健康
Health insurance card / .
Japanese health insurance card. Can serve as secondary ID at some banks.
- 3 れている顔認証付きカードリーダーから行うことができます。 / From
Used to indicate the starting point (previous address, etc.)
- 4 (備考) 代理人により申請する場合は、氏名及び連絡先欄に、解除対象者及び代理人の氏名及び連絡先を記載してください。
Full name / Remarks / Notes / To do/perform
Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji. Space for
additional information or special circumstances. Usually optional.



Form p.1

セクション 4 — Section 4

| 職員記入欄 | | 受付者 | 入力者・日 | 確認者 | 資格確認書発行 | 解除予定日 |
|-------|--|-----|-------|-----|-----------------------------|-------|
| 利用登録 | | | | | 済 窓口交付・郵送 (/ 発送) 未済 () | |

1 (備考) 代理人により申請する場合は、氏名及び連絡先欄に、解除対象者及び代理人の氏名及び連絡先を記載してください。
Full name / Remarks / Notes / To do/perform

Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji. Space for additional information or special circumstances. Usually optional.

2 職員記入欄 Staff use only / Office use only

Section for ward office staff. Do not write anything here.

3 受付者 Reception / Received

Staff use - indicates form was received. Do not fill in.

4 入力者・日 Data entry

Staff use - data entry field. Do not fill in.

5 確認者 Verifier

Staff use only - do not fill in

6 資格確認書発行 Qualification

Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)

7 解除予定日 Scheduled cancellation date

Enter the date when your current residence registration is planned to be cancelled (usually your move-out date)

8 利用登録 Usage Registration

This section is for registering to use municipal services - check the box if you want to register for services like library cards or other city facilities.

9 済 窓口交付・郵送 (発送) Mail/By post / Issuance / Service counter

Check this if you want to receive documents by mail or are submitting this form by postal mail Staff use only - do not fill in

10 未済 () Outstanding/Unpaid ()

Leave blank unless you have unpaid municipal fees or taxes that need to be resolved before registration



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