

第3号様式



## 介護保険被保険者証等（交付・再交付）申請書

相模原市長 あて

年 月 日

① どなたの分が必要ですか

被 保 險 者	被保険者番号	0 0 0							個人番号							
	フリガナ							生年月日	明・大・昭	年	月	日				
	氏名							性別	男	・	女					
	住所															

② 申請をするのはどなたですか

申請者	フリガナ	被保険者との続柄	
	氏名	電話番号 (平日の昼間に連絡できる番号)	( )
	※本人の場合、住所の記載は不要		
住所			

③ 必要なものは何ですか（○で囲んでください。複数の証の選択も可能です）

	1 被保険者証	2 資格者証	3 受給資格証明書
再交付する証明書	4 負担割合証（適用期間：_____年8月1日～翌年7月31日分）		
	5 負担限度額認定証	6 社会福祉法人等による利用者負担軽減確認証	

④ 再交付の理由は何ですか（○で囲んでください）

再交付申請の理由	1 紛失・焼失      2 破損・汚損 3 その他 ( )
----------	-----------------------------------

⑤ 2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入してください

医療保険者名		医療保険被保険者証 記号・番号	
--------	--	--------------------	--

以下は市記入欄ですので記入しないでください（二重枠内は受付者が記入してください）

旧被保険者証	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収	その他証類	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収	受付者	介護処理	
送付先変更同時受付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	資格者証	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 未交付		1~3	4~6
被保証・その他証類同時発送	<input type="checkbox"/>	郵送年月日	/			

<p><input type="checkbox"/>個人番号カード（身元確認も兼ねる）</p> <p><input type="checkbox"/>通知カード <input type="checkbox"/>住民票（番号記載有）</p> <p><input type="checkbox"/>住民基本台帳 <input type="checkbox"/>過去作成ファイル</p> <p><input type="checkbox"/>その他（<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>）</p>	<p><input type="checkbox"/>運転免許証 <input type="checkbox"/>障害者手帳（身・療・精） <input type="checkbox"/>旅券</p> <p><input type="checkbox"/>運転経歴証明書 <input type="checkbox"/>その他写真付証明書（<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>）</p> <p><input type="checkbox"/>公的医療保険の被保険者証 <input type="checkbox"/>年金手帳</p> <p><input type="checkbox"/>その他（<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>）</p>
--	---

※写真の無い証明書は2点以上必要

# Sagamihara Midori — 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

2 受付印

3 介護保険被保険者証等（交付・再交付）申請書

4 相模原市長 あて

5 年月日

6 ① どなたの分が必要ですか

被保険者	7 被保険者番号	0 0 0	個人番号	
	8 フリガナ		9 生年月日	明・大・昭 年 月 日
	10 氏名		11 性別	12 男 · 女
	13 住所			

1 第3号様式 Form No. 3

2 受付印 Reception / Received / Seal (inkan / hanko)

Staff use - indicates form was received. Do not fill in. Personal seal stamp.  
Most ward offices accept a written signature for foreigners instead.

3 介護保険被保険者証等（交付・再交付）申請書 Long-term Care Insurance

Insurance for elderly care services. Mandatory for residents 40+. Premiums deducted with health insurance.

4 相模原市長 あて To: Mayor of Sagamihara City

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

5 年月日 Year Month Day

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

6 ① どなたの分が必要ですか For whom do you need this?

Select or write the name of the person who needs the document/service

7 被保険者番号 0 0 0 個人番号 My Number (Individual Number)

12-digit number. Leave blank on first registration — it will be mailed to you after.

8 フリガナ Phonetic reading (katakana)

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

9 生年月日 明・大・昭 年 月 日 Date of birth

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

10 氏名 Full name

Write your full legal name as it appears on your residence card or passport

11 性別 Gender

Usually select from options like 男 (male) or 女 (female)

12 男 · 女 Male · Female

Circle or check the appropriate gender option that matches your official documents.

13 住所 Address

Write your complete residential address including postal code, prefecture, city, and building details



## セクション 2 — Section 2

② 申請をするのはどなたですか			
申請者	③ フリガナ	① 被保険者との続柄	
	④ 氏名	⑤ 電話番号 (平日の昼間に連絡できる番号)	⑥ ( )
	※本人の場合、住所の記載は不要		
⑦ 住 所			
⑧ 必要なものは何ですか (○で囲んでください。複数の証の選択も可能です)			
⑨ 再交付する証明書	⑩ 1 被保険者証	2 資格者証	3 受給資格証明書
	⑪ 4 負担割合証 (適用期間 : _____ 年 8 月 1 日 ~ 翌年 7 月 31 日分)		
	⑫ 5 負担限度額認定証	6 社会福祉法人等による利用者負担軽減確認証	
⑬ ⑭ 再交付の理由は何ですか (○で囲んでください)			

- 1 ② 申請をするのはどなたですか** To do/perform  
This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling

**2 被保険者との続柄** Relationship to head of household  
See relationship terms table.

**3 フリガナ** Phonetic reading (katakana)  
Write the katakana reading of your name. For foreign names, this IS your name in katakana.

**4 電話番号** Phone number  
Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.

**5 氏名** Full name  
Write your full legal name as it appears on your residence card or passport

**6 ( ) ( )**

**7 ( 平日の昼間に連絡できる番号 )** Phone number (reachable during weekday daytime)  
Provide a number where you can be reached during business hours (9AM-5PM on weekdays)

**8 ※本人の場合、住所の記載は不要** Address  
Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address.

**9 住所** Address  
Write your complete residential address including postal code, prefecture, city, and building details

**10 ③ 必要なものは何ですか ( ○で囲んでください。複数の証の選択も可能です )**  
What documents are required? (Circle applicable items. Multiple selections allowed.)  
This is an instruction asking you to circle the required documents from a list below. You can select more than one option.

**11 1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書** Qualification  
Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)



## セクション 2 — Section 2 (continued)

①	② 申請をするのはどなたですか		
申請者	③ フリガナ	④ 被保険者との続柄	
	⑤ 氏名	⑥ 電話番号 (平日の昼間に連絡できる番号)	⑦ ( )
	※本人の場合、住所の記載は不要		
	⑧ 住 所		
⑨ ⑩ 必要なものは何ですか (○で囲んでください。複数の証の選択も可能です)			
再交付する証明書	⑪ 1 被保険者証	2 資格者証	3 受給資格証明書
	⑫ 4 負担割合証 (適用期間 : _____ 年 8 月 1 日 ~ 翌年 7 月 31 日分)		
	⑬ 5 負担限度額認定証	6 社会福祉法人等による利用者負担軽減確認証	
	⑭ ⑮ ⑯ 再交付の理由は何ですか (○で囲んでください)		

再交付する証明書 To do/perform

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

● 4 負擔割合証（適用期間： 年8月1日～翌年7月31日分）

13 4 Burden Ratio Certificate (Application period: August 1 ~ year ~ July 31 of the following year)

This refers to healthcare cost-sharing certificates for medical insurance -

This refers to healthcare cost-sharing certificates for medical insurance - attach if you have one, as it affects your copayment percentage at medical facilities.

5 負担限度額認定証 6 社会福祉法人等による利用者負担軽減確認証 Certificate / Confirmation

14 請提供依證據確定之社會福利法人專款之利用者資料  
Refers to official certificates like income certificate, tax exemption certificate, staff certificate, etc.

④ 重交付の理由は？（○で囲んでください） What is the reason for reissuance? (Circle one)

④ 再支付の理由は間で9万（〇で困らでくだとい）

15 Select one reason why you need a replacement.

④ 再交付の理由は何ですか (○で囲んでください) What is the reason for reissuance? (Circle one)

15 Select one reason why you need a replacement document issued.

Select one reason why you need a replacement

## セクション3 — Section 3 (Part 1/2)

② 再交付申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> ① 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> ② 破損・汚損 <input type="checkbox"/> ③ その他 ( )
------------	--

④ ⑤ 2号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入してください

⑥ 医療保険者名		⑦ 医療保険被保険者証 記号・番号
----------	--	----------------------

⑧ 以下は市記入欄ですので記入しないでください (二重枠内は受付者が記入してください)

⑨ 旧被保険者証	<input type="checkbox"/> 収回 <input type="checkbox"/> 未収回	⑩ その他証類	<input type="checkbox"/> 収回 <input type="checkbox"/> 未収回	受付者	⑪ 介護処理
送付先変更同時受付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	⑫ 資格者証	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 未交付		1~3                  4~6

1 紛失・焼失 2 破損・汚損 1 Lost/Destroyed by fire 2 Damaged/Soiled

Select the reason why you need a replacement resident card - choose option 1 if lost or burned, option 2 if damaged or dirty

再交付申請の理由 Reason for reissuance application

Common reasons include: lost, stolen, damaged, or illegible document

3 その他 ( ) Other ( / Other)

Use this field for any information that doesn't fit in the standard categories above Use this section for any additional information not covered in other fields

⑤ 2号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入してください From

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

5 医療保険被保険者証 Health insurance card

Bring your health insurance card (e.g., National Health Insurance card, employee insurance card)

6 医療保険者名 Health insurance provider name

Write the name of your health insurance organization (e.g., company name for employee insurance, or municipality name for national health insurance)

7 以下は市記入欄ですので記入しないでください (二重枠内は受付者が記入してください) Do not / Reception / Received

This typically appears before other text to indicate something should not be done or does not apply Staff use - indicates form was received. Do not fill in.

8 旧被保険者証 Previous insurance card

Bring your old insurance card to surrender when getting a new one

9 □回収 □未回収 □Collected □Not collected

Staff use only - do not fill in

10 その他証類 Other

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

11 □回収 □未回収 受付者 Reception / Received

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

12 介護処理 Long-term care processing

Staff use only - do not fill in

13 □有 □無 None/Not applicable

Check this box if the item does not apply to you or if you have none to report



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

② 再交付申請の理由	<input type="checkbox"/> ① 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> ② 破損・汚損 <input type="checkbox"/> ③ その他 ( )
------------	---

④ ⑤ 2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入してください

⑥ 医療保険者名		⑦ 医療保険被保険者証 記号・番号	
----------	--	----------------------	--

⑧ 以下は市記入欄ですので記入しないでください（二重枠内は受付者が記入してください）

⑨ 旧被保険者証	<input type="checkbox"/> 収回 <input type="checkbox"/> 未収回	⑩ その他証類	<input type="checkbox"/> 収回 <input type="checkbox"/> 未収回	受付者	⑪ 介護処理
送付先変更同時受付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	⑫ 資格者証	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 未交付		1~3                  4~6

## 14 資格者証 Qualification

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

## 15 □交付 □未交付 Issued Not issued

Check the appropriate box to indicate whether a document has been issued to you or not

## セクション 3 — Section 3 (Part 2/2)

<input checked="" type="checkbox"/> 送付先変更同時受付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	資格者証	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 未交付		1~3	4~6
---	---	------	--	--	-----	-----

1 送付先変更同時受付 Reception / Received / Change

Staff use - indicates form was received. Do not fill in. Check this box if you are making changes to existing information



Form p.1

## セクション 4 — Section 4

<input type="checkbox"/> 送付先変更同時受付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 貞操 <input type="checkbox"/> 不貞	<input type="checkbox"/> 貞操有効 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 不父母				
<input type="checkbox"/> 被保証・その他証類同時発送		<input type="checkbox"/> 郵送年月日	/				
<input type="checkbox"/> 番号確認 <input type="checkbox"/> 番号確認 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 過去作成ファイル <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 個人番号カード (身元確認も兼ねる) <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 (番号記載有)		<input type="checkbox"/> 身元確認 <input type="checkbox"/> 身元確認 <input type="checkbox"/> 公的医療保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 (身・療・精) <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> その他写真付証明書 ( ) <input type="checkbox"/>			

※写真の無い証明書は2点以上必要

- 1  有  無 None/Not applicable  
Check this box if the item does not apply to you or if you have none to report
- 2 **資格者証 Qualification**  
Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)
- 3  支付  未交付 Issued  Not issued  
Check the appropriate box to indicate whether a document has been issued to you or not
- 4 **送付先変更同時受付 Reception / Received / Change**  
Staff use - indicates form was received. Do not fill in. Check this box if you are making changes to existing information
- 5 **被保証・その他証類同時発送 Other**  
Use this section for any additional information not covered in other fields
- 6 **郵送年月日 Mailing date**  
Date when the form was sent by mail - may be pre-filled or for staff use
- 7 **番号個人番号カード (身元確認も兼ねる) 身元確認**  
Driver's license / My Number (Individual Number)  
Bring your physical driver's license as identification 12-digit number. Leave blank on first registration — it will be mailed to you after.
- 8  運転経歴証明書  その他写真付証明書 ( ) Other  
Use this section for any additional information not covered in other fields
- 9  住民基本台帳  過去作成ファイル Basic Resident Register  Previously created file  
Staff use only - do not fill in
- 10  公的医療保険の被保険者証  年金手帳 Pension  
Select your pension type (National Pension, Employee Pension, etc.)
- 11  その他 ( ) Other ( / Other)  
Use this field for any information that doesn't fit in the standard categories above  
Use this section for any additional information not covered in other fields
- 12 **※写真の無い証明書は2点以上必要** Two or more documents required if no photo ID  
If you don't have photo ID (like driver's license or residence card), bring 2+ documents like utility bills, bank statements, or insurance cards



## 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