

第 3 号様式

受付印

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 険 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）

再交付する証明書	1 被保険者証	2 資格者証	3 受給資格証明書
	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	/			

番 号 確 認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード（身元確認も兼ねる）	身 元 確 認	<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"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票（番号記載有）		<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"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 過去作成ファイル		<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"/> その他（ ）

※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 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

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 険 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			

- 1 第3号様式 [第3号様式]
- 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 [相模原市長 あて]
- 5 年 月 日 [年 月 日]
- 6 ① どなたの分が必要ですか [① どなたの分が必要ですか]
- 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 [男 ・ 女]
- 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

1

2

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	( )
	※本人の場合、住所の記載は不要		
	住 所		

10

3

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)

再交付する証明書	1 被保険者証	2 資格者証	3 受給資格証明書
	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	

15

4

④ 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/performance

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 ) [( 平日の昼間に連絡できる番号 )]
- 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)

[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)]
- 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)
- 12

再交付する証明書 To do/performance

This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling
- 13

4 負担割合証 (適用期間: 年8月1日 ~ 翌年7月31日分) [4 負担割合証 (適用期間: 年8月1日 ~ 翌年7月31日分)]
- 14

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

[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]
- 85-100

国民健康保険異動届出書 (2017年度用) 申請書

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

セクション 2 — Section 2 (continued)

12

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 <small>(平日の昼間に連絡できる番号)</small>	(       )
	※本人の場合、住所の記載は不要		
	住 所		

13

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	1 被保険者証	2 資格者証	3 受給資格証明書
	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	

14

再交付の理由は何ですか (○で囲んでください)

--	--

15

④ 再交付の理由は何ですか ( ○で囲んでください )      [④ 再交付の理由は何ですか ( ○で囲んでください ) ]

セクション 3 — Section 3 (Part 1/2)

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

- 1 紛失・焼失 2 破損・汚損 [1 紛失・焼失 2 破損・汚損]
- 2 再交付申請の理由 [再交付申請の理由]
- 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
- 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 From  
Used to indicate the starting point (previous address, etc.)
- 5 医療保険被保険者証 [医療保険被保険者証]
- 6 医療保険者名 [医療保険者名]
- 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 [旧被保険者証]
- 9 ☐回収 ☐未回収 [ ☐回収 ☐未回収 ]
- 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 [介護処理]
- 13 ☐有 ☐無 None/Not applicable  
Check this box if the item does not apply to you or if you have none to report
- 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 [ ☐交付 ☐未交付 ]



セクション 3 — Section 3 (Part 2/2)

1 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



セクション 4 — Section 4

4

送付先変更同時受付

1

☐有 ☐無

2

資格者証

3

☐交付 ☐未交付

5

被保証・その他証類同時発送

6

☐

8

郵送年月日

9

/

7

番号確認

9

☐個人番号カード (身元確認も兼ねる)  
☐通知カード ☐住民票 (番号記載有)  
☐住民基本台帳 ☐過去作成ファイル  
☐その他 ( )

8

身元確認

10

☐運転免許証 ☐障害者手帳 (身・療・精) ☐旅券  
☐運転経歴証明書 ☐その他写真付証明書 ( )  
☐公的医療保険の被保険者証 ☐年金手帳  
☐その他 ( )

12

※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

☐交付 ☐未交付    [☐交付 ☐未交付]
- 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    [郵送年月日]
- 7

番☐個人番号カード (身元確認も兼ねる) 身☐運転免許証 ☐障害者手帳 (身・療・精) ☐旅券

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

元☐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    [☐住民基本台帳 ☐過去作成ファイル]
- 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    [※写真の無い証明書は2点以上必要]





## 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