

様式第4号(第11条関係)

国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

彦根市長 様年 月 日

被保険者記号番号		滋彦																	
世帯主	住所																		
	氏名	(署名または記名押印)										生年月日	年 月 日						
	個人番号											電話番号							
限度額適用 減額対象者	氏名											生年月日	年 月 日						
	世帯主との続柄			個人番号															
長期入院	該 当 ・ 非該当		第三者行為		有 ・ 無														
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 年 月 日まで 日間																
	入院をした保険医療機関		名 称																
			所在地																
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 年 月 日まで 日間																
	入院をした保険医療機関		名 称																
			所在地																
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 年 月 日まで 日間																
	入院をした保険医療機関		名 称																
			所在地																
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 年 月 日まで 日間																
	入院をした保険医療機関		名 称																
			所在地																

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

年 月 日

市区町村長が 証明する欄	<p>下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主およびその世帯に属する被保険者に____年度の市(区)町村民税が課されていないことを証明する。</p> <p>____、____、____、 ____、____、____、 市区長村長名 印</p>
-----------------	--

備考「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

所得の状況				
氏名				
年中の所得	公的年金収入 (老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職年金等)	円	円	円
	給与収入 (パート収入等含)	円	円	円
	年金・給与以外の所得 ＜収入－必要経費＞	円	円	円
	() 所得	円	円	円
	() 所得	円	円	円
	() 所得	円	円	円
<p>(注)</p> <ul style="list-style-type: none">・上記については、低所得Ⅰの区分の適用を受けることを希望する場合について記入してください。 低所得Ⅰの区分は、世帯主及び国民健康保険被保険者全員が市県民税非課税であって、さらに、それぞれの給与、年金等の収入から必要経費（年金については控除額80万円）を引いたとき各所得がいずれも0円となる場合に対象となります。・所得はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入（障害又は遺族に係る年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金など）は除きます。・公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書の写し、公的年金及び給与収入額が確認できる所得（課税）証明書等を添付してください。なお、所得額を確認できる書類がなく、かつ、所得額を証明する書類が発行されていない所得については添付不要です。 (※ただし、1月1日において当市に住所がある方の<u>公的年金収入</u>の場合については添付書類不要)				

Hikone — 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 (Part 1/2)

様式第4号(第11条関係)

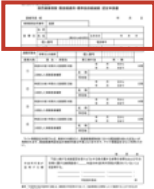
国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

彦根市長 様

年 月 日

被保険者記号番号	滋彦		
住所			
世帯主氏名	(署名または記名押印)	生年月日	年 月 日
個人番号		電話番号	
氏名		生年月日	年 月 日

- 1 様式第4号(第11条関係) [様式第4号(第11条関係)]
- 2 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書 National Health Insurance
Japan's public health insurance for self-employed, unemployed, and those not covered by employer insurance. Enrollment is mandatory.
- 3 彦根市長 様 [彦根市長 様]
- 4 年 月 日 [年 月 日]
- 5 被保険者記号番号 滋彦 [被保険者記号番号 滋彦]
- 6 住 所 [住 所]
- 7 世 帯 主 氏 名 [世 帯 主 氏 名]
- 8 年 月 日 Year __ Month __ Day __
Fill in the date using the Japanese calendar format (year/month/day with numbers only)
- 9 生年月日 Date of birth
Format: 年(year) 月(month) 日(day). Use Japanese calendar (令和/平成) or Western year.
- 10 (署名または記名押印) Signature / Seal (inkan / hanko)
Sign your name. Foreigners can use a written signature instead of a seal (inkan). Personal seal stamp. Most ward offices accept a written signature for foreigners instead.
- 11 個人番号 My Number (Individual Number)
12-digit number. Leave blank on first registration — it will be mailed to you after.
- 12 電話番号 Phone number
Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.
- 13 年 月 日 Year __ Month __ Day __
Fill in the date using the Japanese calendar format (year/month/day with numbers only)
- 14 氏 名 [氏 名]
- 15 生年月日 Date of birth
Format: 年(year) 月(month) 日(day). Use Japanese calendar (令和/平成) or Western year.



限度額適用 減額対象者	世帯主との続柄	個人番号	
長期入院	該 当 ・ 非該当	第三者行為	有 ・ 無

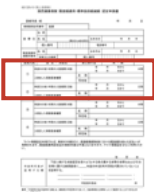
- 1 減額対象者 [減額対象者]
- 2 個人番号 My Number (Individual Number)
12-digit number. Leave blank on first registration — it will be mailed to you after.
- 3 世帯主との続柄 Head of household / Relationship to head of household
The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household. See relationship terms table.
- 4 該当 ・ 非該当 [該当 ・ 非該当]
- 5 第三者行為 [第三者行為]
- 6 有 ・ 無 Yes / No
Circle "有" for yes or "無" for no depending on what the question asks about your situation.

[illegible]

セクション 2 — Section 2 (Part 1/2)

長期入院	① 該 当 ・ 非該当	② 第三者行為	③ 有 ・ 無
⑤ 申請日の前1年間の入院期間(日数)	④ 年 月 日から ⑥ 日間	⑦ 名 称	⑧ 所在地
⑨ 入院をした保険医療機関	⑩ 年 月 日から ⑫ 日間	⑬ 名 称	⑭ 所在地
⑪ 申請日の前1年間の入院期間(日数)	⑮ 年 月 日から ⑯ 日間	⑰ 名 称	⑱ 所在地
⑲ 入院をした保険医療機関			

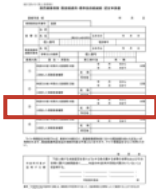
- 1 該 当 ・ 非該当 [該 当 ・ 非該当]
- 2 第三者行為 [第三者行為]
- 3 有 ・ 無 Yes / No
Circle "有" for yes or "無" for no depending on what the question asks about your situation.
- 4 年 月 日から From
Used to indicate the starting point (previous address, etc.)
- 5 申請日の前1年間の入院期間(日数) [申請日の前1年間の入院期間(日数)]
- 6 日間 days
Usually follows a number to indicate duration in days
- 7 名 称 [名 称]
- 8 入院をした保険医療機関 Medical institution
Enter the name of your doctor's office, clinic, or hospital
- 9 所在地 Location
Used for business/organization address or property location rather than personal residence
- 10 年 月 日から From
Used to indicate the starting point (previous address, etc.)
- 11 申請日の前1年間の入院期間(日数) [申請日の前1年間の入院期間(日数)]
- 12 日間 days
Usually follows a number to indicate duration in days
- 13 名 称 [名 称]
- 14 入院をした保険医療機関 Medical institution
Enter the name of your doctor's office, clinic, or hospital
- 15 所在地 Location
Used for business/organization address or property location rather than personal residence



セクション 2 — Section 2 (Part 2/2)

		所在地	
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間	
		年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関	名 称	
		所在地	
	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間	

- 1 年 月 日から From
Used to indicate the starting point (previous address, etc.)
- 2 申請日の前1年間の入院期間(日数) [申請日の前1年間の入院期間(日数)]
- 3 日間 days
Usually follows a number to indicate duration in days
- 4 名 称 [名 称]
- 5 入院をした保険医療機関 Medical institution
Enter the name of your doctor's office, clinic, or hospital
- 6 所在地 Location
Used for business/organization address or property location rather than personal residence
- 7 年 月 日から From
Used to indicate the starting point (previous address, etc.)



姓名: 王明 性别: 男 出生日期: 1980-01-01 身份证号: 110101198001010001
 联系电话: 13800138000 电子邮箱: wangming@example.com 联系地址: 北京市朝阳区XX路XX号

本人因: ☒ 购房 ☐ 租房 ☐ 装修 ☐ 其他: 办理相关业务, 特此申请。

申请事项: ☒ 房屋买卖合同 ☐ 租赁合同 ☐ 装修合同 ☐ 其他:

经办人: 张小红 联系电话: 13800138001 电子邮箱: zhangxiaohong@example.com 联系地址: 北京市朝阳区XX路XX号

备注: 1. 本申请表一式两份, 一份由申请人留存, 一份由经办人留存。
 2. 申请人需提供真实有效的身份证明文件。
 3. 经办人需在申请表上签字确认。

申请人: 王明 (签字) 日期: 2023-10-27
 经办人: 张小红 (签字) 日期: 2023-10-27

15 市区長村長名 [市区長村長名]

セクション 3 — Section 3 (Part 2/2)

1備考「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるとき

- 1備考「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるとき
- Remarks / Notes / To do/perform / Confirmation
- Space for additional information or special circumstances. Usually optional.
- This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling



セクション 1 — Section 1

所得の状況			
氏名			
公的年金収入 (老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職年金等)	円	円	円

- 1 所得の状況 [所得の状況]
- 2 氏名 [氏名]
- 3 公的年金収入 Pension
Select your pension type (National Pension, Employee Pension, etc.)
- 4 (老齢基礎年金、老齢厚生 Pension
Select your pension type (National Pension, Employee Pension, etc.)
- 5 円 円 円 [円 円 円]
- 6 年金、退職年金等) Pension
Select your pension type (National Pension, Employee Pension, etc.)



セクション 2 — Section 2

年 中 の 所	1	給 与 収 入 (パート収入等含)	2	円	円	円
	4	年金・給与以外の所得 <収入ー必要経費> () 所得	5	円	円	円

- 1

年金、退職年金等) Pension
Select your pension type (National Pension, Employee Pension, etc.)
- 2

円 円 円 [円 円 円]
- 3

(パート収入等含) [(パート収入等含)]
- 4

年金・給与以外の所得 Pension
Select your pension type (National Pension, Employee Pension, etc.)
- 5

円 円 円 [円 円 円]
- 6

所 () 所得 [所 () 所得]



セクション 3 — Section 3

所得 () 所得

() 所得

円

円

円

円

(注)

上記については、低所得 I の区分の適用を受けることを希望する場合について記入してください。

低所得 I の区分は、世帯主及び国民健康保険被保険者全員が市県民税非課税であって、さらに、それぞれの給与、年金等の収入から必要経費 (年金については控除額 8 0 万円) を引いたとき各所得がいずれも 0 円となる場合に対象となります。

所得はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入 (障害又は遺族に係る年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金など) は除きます。

公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書の写し、公的年金及び給与収入額が確認できる所得 (課税) 証明書等を添付してください。なお、所得額を確認できる書類がなく、かつ、所得額を証明する書類が発行されていない所得については添付不要です。

(※ただし、1 月 1 日において当市に住所がある方の公的年金収入の場合については添付書類不要)

- 1

所 () 所得 [所 () 所得]
- 2

得 () 所得 円 円 円 [得 () 所得 円 円 円]
- 3

() 所得 円 円 円 [() 所得 円 円 円]
- 4

(注) [(注)]
- 5

・ 上記については、低所得Iの区分の適用を受けることを希望する場合について記入して

To do/perform

This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling
- 6

ください。 [ください。]
- 7

低所得Iの区分は、世帯主及び国民健康保険被保険者全員が市県民税非課税であって、

National Health Insurance / Head of household

Japan's public health insurance for self-employed, unemployed, and those not covered by employer insurance. Enrollment is mandatory. The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household.
- 8

さらに、それぞれの給与、年金等の収入から必要経費 (年金については控除額 8 0 万円)

Pension / From

Select your pension type (National Pension, Employee Pension, etc.) Used to indicate the starting point (previous address, etc.)
- 9

を引いたとき各所得がいずれも 0 円となる場合に対象となります。
- 10

・ 所得はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入 (障

[・ 所得はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入 (障]
- 11

・ 公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書の写し、公的年金及び給与収入額

Copy / Pension

Refers to certified copies of documents that may be required Select your pension type (National Pension, Employee Pension, etc.)
- 12

が確認できる所得 (課税) 証明書等を添付してください。なお、所得額を確認できる書

Confirmation

Staff use only - do not fill in
- 13

類がなく、かつ、所得額を証明する書類が発行されていない所得については添付不要で

To do/perform

This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling
- 14

(※ただし、1 月 1 日において当市に住所がある方の公的年金収入の場合については添付

Address / Pension / Person who

Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address. Select your pension type (National Pension, Employee Pension, etc.)



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