

別記様式第4号（第7条、第9条の2関係）

介護保険 被保険者証等再交付申請書

長岡市長 様

次のとおり再交付を申請します。

申請年月日		年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
申請者住所	〒 — 電話番号 () —	

※申請者が被保険者ご本人の場合、申請者住所及び電話番号はご記入不要です。

※申請者と被保険者が異なる場合、下記委任欄の記入及び申請者の本人確認資料(写)を添付ください。

被 保 險 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	被保険者氏名			
	住 所	〒 — 電話番号 () —		

再交付する 証 明 書 (○をしてください)	1. 被保険者証 2. 負担割合証 3. 負担限度額認定証 4. その他 ()
申請の理由 (○をしてください)	1. 紛失・焼失 2. 破損・汚損 3. その他 ()

..... 委 任 欄

私_____は、申請者_____を代理人と定め、上記証明書の再交付申請に係る権限を委任します。

委任者氏名 : _____印

委任者住所 :

受 付	発 行

Nagaokakyo — 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

別記様式第4号（第7条、第9条の2関係）

介護保険 被保険者証等再交付申請書

長岡市長様
次のとおり再交付を申請します。

申請者氏名	申請年月日 年 月 日
申請者住所	本人との関係
	電話番号 () -

※申請者が被保険者ご本人の場合、申請者住所及び電話番号はご記入不要です。
 ※申請者と被保険者が異なる場合、下記委任欄の記入及び申請者の本人確認資料(写)を添付ください。

- 1 別記様式第4号（第7条、第9条の2関係） [別記様式第4号（第7条、第9条の2関係）]
- 2 介護保険 被保険者証等再交付申請書 Long-term Care Insurance
Insurance for elderly care services. Mandatory for residents 40+. Premiums deducted with health insurance.
- 3 長岡市長様 [長岡市長様]
- 4 次のとおり再交付を申請します。
- 5 申請年月日 [申請年月日]
- 6 年月日 [年月日]
- 7 申請者氏名 Full name
Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.
- 8 本人との関係 [本人との関係]
- 9 〒 - [〒 -]
- 10 申請者住所 Address
Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address.
- 11 電話番号 () - Phone number
Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.
- 12 ※申請者が被保険者ご本人の場合、申請者住所及び電話番号はご記入不要です。***** Phone number / Address / .
Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers. Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address.
- 13 ※申請者と被保険者が異なる場合、下記委任欄の記入及び申請者の本人確認資料(写)を添付ください。 Confirmation
Staff use only - do not fill in



セクション 2 — Section 2

被 保 險 者	① 被保険者番号		個人番号	
	② フリガナ		③ 生年月日	④ 年 月 日
	⑤ 被保険者氏名			
	⑥ 住 所	⑦ 〒 - [〒 -]	電話番号 () -	
⑩ 再交付する	⑪ 1. 被保険者証 2. 負担割合証			

1 被保険者番号 個人番号 My Number (Individual Number) / Individual

12-digit number. Leave blank on first registration — it will be mailed to you after. Used to distinguish individual applications from household or corporate ones

2 フリガナ Phonetic reading (katakana)

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

3 生年月日 Date of birth

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

4 年 月 日 [年 月 日]

5 被保険者氏名 Full name

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

6 〒 - [〒 -]

7 住所 Address

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

8 電話番号 () - Phone number

Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.

9 1. 被保険者証 [1. 被保険者証]

10 再交付する To do/perform

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

11 2. 負担割合証 [2. 負担割合証]



セクション3 — Section 3 (Part 1/2)

<p>1. 再交付する 2. 証明書 3. (○をしてください) 4. 申請の理由 5. (○をしてください)</p>	<p>1. 被保険者証 2. 負担割合証 3. 負担限度額認定証 4. その他 ()</p> <p>7. 1. 紛失・焼失 8. 2. 破損・汚損 9. 3. その他 ()</p>
<p>12. 委任欄</p> <p>13. 私_____は、申請者_____を代理人と定め、上記証明書の再交付申請に係る権限を委任します。</p> <p>14. 委任者氏名 : _____ (印)</p>	

1. 再交付する To do/perform

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

2. 負担割合証 [2. 負担割合証]

3. 証明書 [証明書]

4. 負担限度額認定証 Certificate

Refers to official certificates like income certificate, tax exemption certificate, etc.

5. (○をしてください) [(○をしてください)]

6. 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

7. 1. 紛失・焼失 [1. 紛失・焼失]

8. 申請の理由 [申請の理由]

9. 2. 破損・汚損 [2. 破損・汚損]

10. (○をしてください) [(○をしてください)]

11. 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

12. 委任欄

[..... 委任欄

13. 私 は、申請者 を代理人と定め、上記証明書 [私 は、申請者 を代理人と定め、上記証明書]

14. の再交付申請に係る権限を委任します。

15. 委任者氏名 : _____ (印) Full name

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



セクション 3 — Section 3 (Part 2/2)

①

委任者住所 :

1

委任者住所 : Address

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

2

受付 [受付]

3

発行 [発行]

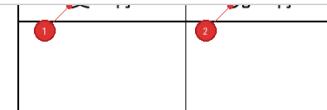
② 受付

③ 発行



Form p.1

セクション 4 — Section 4



1 受付 [受付]

2 発行 [発行]



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