

| 国民健康保険被保険者 (資格取得・喪失/適用開始・終了)届 | | | | | | | | | | | | 第3号様式 | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------|----------------|---|------------------|---|---------------|----|--|--|--|--|--------------------------------------|-----|---|--|--|-----|
| 届出日 目黒区長あて | | | | () | | | | お窓 越し の かに た 世帯主 世帯員 (代理人 () | | | | 氏名 □世帯主と同住所(記載省略) 住所 □代理人住所 | | 電話番号 | | | |
| 住所 | | | | | 電話(世帯主) ふりがな 世帯主名 個人番号 | | | | ふりがな 年月日 年月日 | | | | 年月日 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 加入又は脱退する人 | | | | 性別 | 世帯主との 続柄 | マイナ保険証 の保有 | 職業 | | 加入をする場合、以前の健康保険の資格喪失証明書が無い場合は、下記の太枠の中を記入してください | | | | | | | | |
| 1 1 氏名 生年月日 個人番号 | ふりがな 男 女 住定日 | あり なし 不明 | 自営業(法人・個人) 会社員(法人・個人) 学生 無職・求職中 アルバイト・パート その他() | | 会社名 所在地 電話 () 担当者 様 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 退職年月日 年月日 自己都合 ・ 会社都合 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 資格取得日 年月日 資格喪失日 年月日 | | | | | | | | | | | | |
| 2 2 氏名 生年月日 個人番号 | ふりがな 男 女 住定日 | あり なし 不明 | 自営業(法人・個人) 会社員(法人・個人) 学生 無職・求職中 アルバイト・パート その他() | | 保険者番号 () 記号 番号 扶養喪失のとき 扶養者氏名 扶養者の生年月日 年月日 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合 国民健康保険組合 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 扶養喪失のとき 扶養者氏名 扶養者の生年月日 年月日 | | | | | | | | | | | | |
| 3 3 氏名 生年月日 個人番号 | ふりがな 男 女 住定日 | あり なし 不明 | 自営業(法人・個人) 会社員(法人・個人) 学生 無職・求職中 アルバイト・パート その他() | | 電話 () <備考欄> □任意継続 (説明済 ・ 希望しない) □非自発的失業軽減説明済 □非自発期間内再該當 □国保取得のための証明書 (有 ・ 無) □国保喪失のための証明書 (有 ・ 無) □旧被扶養減免(有・無)証明書(有・無) □遡及説明済 □擬制世帯主説明済 □国民健康保険法施行規則の規定により、届書には届出人(世帯主)及び被保険者の個人番号を記載しなければなりません。 個人番号確認 端末 個力 通力 住民票 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 扶養喪失のとき 扶養者氏名 扶養者の生年月日 年月日 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 扶養喪失のとき 扶養者氏名 扶養者の生年月日 年月日 | | | | | | | | | | | | |
| 4 4 氏名 生年月日 個人番号 | ふりがな 男 女 住定日 | あり なし 不明 | 自営業(法人・個人) 会社員(法人・個人) 学生 無職・求職中 アルバイト・パート その他() | | 扶養喪失のとき 扶養者氏名 扶養者の生年月日 年月日 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 扶養喪失のとき 扶養者氏名 扶養者の生年月日 年月日 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 扶養喪失のとき 扶養者氏名 扶養者の生年月日 年月日 | | | | | | | | | | | | |
| 本年1月1日の住所 | | | | 今回の加入・脱退者 (名) | | | | 昨日1月1日の住所 | | | | 点検 交付・訂正 回収・未回収 | | | | | |
| 資格異動年月日 | | | | 変更 | | | | 擬主 有・無 世帯変更 有・無 | | | | | | 取得事由 転入 社会離脱 生保廃止 出生 その他取得 組合離脱 後期高齢離脱 | | 喪失事由 転出 社会加入 生保開始 死亡 職權喪失 その他喪失日 組合加入 後期高齢該当 | |
| 加入 全部 一部 | | | | 種別 被保険者証 | 現 新 | 10- | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 脱退 全部 一部 | | | | 前 後 | 10- |

Meguro — 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 (Part 1/2)

| | | |
|----------|------------------------------------|--------------------------|
| 1 目黒区長あて | 2 国民健康保険被保険者 (資格取得・喪失/適用開始・終了)届 | 3 第3号様式 |
| 届出日 | お窓の口にかいた () | 電話番号 |
| 住所 | 世帯主 世帯員 (代理人) | 世帯主以外の場合 氏名 |
| | 電話(世帯主) | □世帯主と同住所(記載省略) □代理人住所 |
| | ふりがな 世帯主名 | 世帯主の生年月日 |

1 第3号様式 [第3号様式]

2 国民健康保険被保険者 National Health Insurance

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

3 世帯主以外氏名 Head of household / Full name

The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household. Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.

4 電話番号 Phone number

Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.

5 世帯主 Head of household

The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household.

6 (資格取得・喪失/適用開始・終了) 届 Qualification

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

7 目黒区長あて [目黒区長あて]

8 □世帯主と同住所(記載省略) Head of household / Address

The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household. Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address.

9 □ () [□ ()]

10 届出日 Date of filing

Today's date. Use Japanese calendar or Western calendar.

11 住所□代理人住所 Address

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

12 () [()]

13 世帯主の生年月日 Date of birth / Head of household

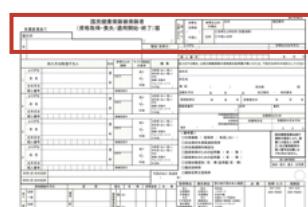
Format: 年(year) 月(month) 日(day). Use Japanese calendar (令和/平成) or Western year.

The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household.

14 電話(世帯主) Head of household

The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household.

15 世帯主名 [世帯主名]



セクション 1 — Section 1 (Part 2/2)

| | | | |
|---|---|------|-----|
| 姓 | 名 | 個人番号 | 年月日 |
|---|---|------|-----|

1 個人番号 [個人番号]



Form p.1

セクション 2 — Section 2 (Part 1/2)

| | |
|-------------|---|
| 個人番号 | 年月日 |
| ① 加入又は脱退する人 | |
| 性別 | 世帯主との続柄 |
| 男 | マイナ保険証の保有 |
| 女 | あり なし 不明 |
| ふりがな | 自営業(法人・個人) 会社員(法人・個人) 学生 無職・求職中 アルバイト・パート その他() |
| 氏名 | 会社名 |
| 生年月日 | 所在地 |
| | 電話 |
| | () 担当者 様 |

1 個人番号 [個人番号]

2 世帯主とのマイナ保険証 Health insurance card / Head of household

Japanese health insurance card. Can serve as secondary ID at some banks. The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household.

3 加入又は脱退する人 To do/perform

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

4 職業 [職業]

5 加入をする場合、以前の健康保険の資格喪失証明書が無い場合は、下記の太枠の中を記入してください

Qualification / To do/perform

Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification) This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling

6 性別 Gender

男 (otoko) = Male, 女 (onna) = Female. Circle the appropriate one.

7 の保有 [の保有]

8 ふりがな [ふりがな]

9 自営社業員 ((法法人人・個人個人)) [自営社業員 ((法法人人・個人個人))]

10 会社名 Company name (legal entity name)

Must exactly match the company name registered with the Legal Affairs Bureau.

11 住定日 [住定日]

12 氏名 [氏名]

13 所在地 [所在地]

14 不明 [不明]

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.



セクション 2 — Section 2 (Part 2/2)

| | | | | | | | | |
|------|---|----|---|--|----|-----|---|---|
| 生年月日 | 女 | 不明 | <input checked="" type="checkbox"/> アルバイト・パート | <input checked="" type="checkbox"/> その他() | 電話 | () | <input checked="" type="checkbox"/> 担当者 | 様 |
|------|---|----|---|--|----|-----|---|---|

1 電 話 [電話]

2 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

3 担当者 様 [担当者 様]



Form p.1

セクション3 — Section 3

| | | | | | | | | |
|----------------|---|-------|-----------------------------|----------|-------|--------|-------|------|
| 1 生年月日 個人番号 | 女 | 2 不明 | 3 アルバイト・パート | 4 その他() | 5 電話 | () | 6 担当者 | 7 様 |
| 個番変更日 | | 退職年月日 | | 資格取得日 | | 年 月 日 | 自己都合 | 会社都合 |
| 8 ふりがな | 男 | 9 あり | 10 自営業(法人・個人) 会社員(法人・個人) | 11 資格喪失日 | 年 月 日 | 12 住定日 | 年 月 日 | |

1 不明 [不明]

2 生年月日 Date of birth

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

3 電 話 [電話]

4 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 担当者

様 [担当者] 様]

6 個番変更日

Change

Check this box if you are making changes to existing information

7 会社都合 [会社都合]

8 退職年月日 [退職年月日]

9 ふりがな [ふりがな]

10 自営業 (法人・個人) [自営業 (法人・個人)]

11 資格取得日 Qualification

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

12 日資格喪失日 Qualification

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

13 住定日 [住定日]



セクション 4 — Section 4 (Part 1/2)

| | | | | | |
|--------------|------------|----------------|---|------------------|----------------|
| 2 ふりがな 氏名 | 男 生定期日 | あり なし 不明 | 自営業(法人・個人) 会社員(法人・個人) 学生 無職・求職中 アルバイト・パート その他() | 資格取得日 年 月 日 | 資格喪失日 年 月 日 |
| 生年月日 | 女 個番変更日 | | 保険者番号 () | 記号 番号 | |
| 個人番号 | | あり | 全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合 | 扶養喪失のとき 扶養者氏名 | 扶養者の生年月日 |
| ふりがな | | | | | |

1 資格取得日 Qualification

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

2 日資格喪失日 Qualification

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

3 住定期日 [住定期日]

4 氏名 [氏名]

5 保険者番号 [保険者番号]

6 記号 [記号]

7 番号 [番号]

8 不明 [不明]

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 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

11 全国健健康康保険協組会合 [全国健健康康保険協組会合]

12 扶養喪失のとき [扶養喪失のとき]

13 個番変更日 Change

Check this box if you are making changes to existing information

14 扶養者の生年月日 Date of birth

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

15 扶養者氏名 Full name

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



Form p.1

セクション 4 — Section 4 (Part 2/2)

| | | | | | | | |
|------|------|-------|---|----|--------------------------|-------|----------|
| 個人番号 | ふりがな | 個番変更日 | 男 | あり | 自営業(法人・個人) 会社員(法人・個人) | 扶養者氏名 | 扶養者の生年月日 |
|------|------|-------|---|----|--------------------------|-------|----------|

1 共済組合 [共済組合]

2 ふりがな [ふりがな]

3 自営業 (法人・個人) [自営業 (法人・個人)]

4 国民健康保険組合 National Health Insurance

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



Form p.1

セクション 5 — Section 5 (Part 1/2)

| | | | |
|--------------------------------|-------------------------|---|--|
| 個人番号 ①ふりがな 3 氏名 ②生年月日 | 個番変更日 男 ③住定日 女 | あり ④なし 不明 ⑤不 ^レ 明 ⑥その他() | 扶養喪失のとき ⑦扶養者氏名 扶養者の生年月日 ⑧年 月 日 |
| | | 電話 () | ⑨扶養組合 ⑩国民健康保険組合 ⑪共済組合 ⑫国民健康保険組合 |
| | | <備考欄> □任意継続 (説明済 · 希望しない) | |
| | | ⑬国民健康保険法施行規則の規定により、届 | |

1 扶養者の生年月日 Date of birth

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

2 扶養者氏名 Full name

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

3 共済組合 [共済組合]

4 ふりがな [ふりがな]

5 自営業 (法人・個人) [自営業 (法人・個人)]

6 国民健康保険組合 National Health Insurance

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

7 住定日 [住定日]

8 年 月 日 [年 月 日]

9 氏名 [氏名]

10 無アル職バ・求イ職ト・中パート [無アル職バ・求イ職ト・中パート]

11 不・明 [不・明]

12 □任意継続 (説明済 · 希望しない) Do not

This typically appears before other text to indicate something should not be done or does not apply

13 生年月日 Date of birth

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

14 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

15 規則の規定により、届 [規則の規定により、届]



セクション 5 — Section 5 (Part 2/2)

| | | | | | |
|------|------|-------|------------|--|--|
| 生年月日 | 個人番号 | 個番変更日 | その他() | <input type="checkbox"/> 仕事継続(説明済・希望しない) | <input type="checkbox"/> 規則の規定により、届書には届出人(世帯主)及び被保険者の 自営業(法人・個人)を記載する |
| ふりがな | | あり | 自営業(法人・個人) | <input type="checkbox"/> 非自発的失業軽減説明済 | <input type="checkbox"/> 非自発期間内再該当 |

1 個番変更日

Change

Check this box if you are making changes to existing information

2 主) 及び被保険者の [主) 及び被保険者の]

3 ふりがな [ふりがな]

4 自営業(法人・個人) [自営業(法人・個人)]



Form p.1

セクション 6 — Section 6 (Part 1/2)

| | | | |
|------------------|-----------|--|---|
| 1 生年月日 個人番号 | 2 個番変更日 | 3 その他() | 規則の規定により、届 書には届出人(世帯 主)及び被保険者の 個人番号を記載しな ければなりません。 |
| 3 ふりがな | 4 氏名 | 5 男 住定日 | 6 女 7 不明 |
| 8 8 生年月日 個人番号 | 9 9 個番変更日 | 10 あり 自営業(法人・個人) 会社員(法人・個人) 学生 無職・求職中 アルバイト・パート その他() | 11 なし 12 12 申込者() 13 13 申込者() 14 14 申込者() 15 15 申込者() |

1 個番変更日 Change
Check this box if you are making changes to existing information

2 主) 及び被保険者 の [主) 及び被保険者 の]

3 ふりがな [ふりがな]

4 自営業 (法人・個人) [自営業 (法人・個人)]

5 □国保取得のための証明書 (有 · 無) [□国保取得のための証明書 (有 · 無)]

6 ければなりません。 [ければなりません。]

7 住定日 [住定日]

8 氏名 [氏名]

9 個人番号確認 My Number (Individual Number)

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

10 不明 [不明]

11 □旧被扶養減免 (有 · 無) 証明書 (有 · 無) Yes / No

Circle or check the appropriate option

12 生年月日 Date of birth

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

13 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

14 端末 個力 通力 住民票 [端末 個力 通力 住民票]

15 個番変更日 Change
Check this box if you are making changes to existing information



Form p.1

セクション 6 — Section 6 (Part 2/2)

| | | | | |
|-----------|--|-------|--|--------------------------------|
| 個人番号 | （例）123456789012345678 | 備考変更日 | | <input type="checkbox"/> 選択説明済 |
| 本年1月1日の住所 | <input checked="" type="checkbox"/> 今回の加入・脱退者 <input type="checkbox"/> 指定世帯主説明済 | | | |
| 昨年1月1日の住所 | | | | 名) |

1 今回の加入・脱退者 指定世帯主説明済 Head of household

The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household.

2 本年1月1日の住所 Address

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

3 (名) [(名)]



Form p.1

セクション 7 — Section 7 (Part 1/2)

| | | | | | |
|-----------|------------------|-------------|----------------|-----------------|-----|
| 個人番号 | 個人番号変更日 | □既選・説明済 | | | |
| 本年1月1日の住所 | ①(名) | □擬制世帯主説明済 | | | |
| 昨年1月1日の住所 | ②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰ | □窓口来庁者の本人確認 | | | |
| 資格異動年月日 | 変更 | ⑯⑰ | 点検 | 処理・入力 | 高齢証 |
| ⑯全部 | 種 | ⑯⑰ | 付・訂正 回収・未回収 | 交付・訂正 回収・未回収 | |
| | 被 | ⑯⑰ | | | |

- 1 今回の加入・脱退者□擬制世帯主説明済** Head of household
The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household.
 - 2 本年1月1日の住所 Address**
Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address.
 - 3 (名) [(名)]**
 - 4 昨年1月1日の住所 Address**
Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address.
 - 5 取得事由喪失事由窓口来庁者の本人確認** [取得事由喪失事由窓口来庁者の本人確認]
 - 6 点検 [点検]**
 - 7 处理・入力 Processing / Data entry**
Staff use - processing status. Do not fill in. Staff use - data entry field. Do not fill in.
 - 8 資格異動年月日 Qualification**
Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)
 - 9 擬主 [擬主]**
 - 10 有・無 [有・無]**
 - 11 世帯変更有・無 Change of household (head of household change, merge)**
Check this box if you are making changes to existing information
 - 12 社生保保加開入始 [社生保保加開入始]**
 - 13 社生保保離廃脱止 [社生保保離廃脱止]**
 - 14 パ年ス金ボ手一帳ト [パ年ス金ボ手一帳ト]**
 - 15 加全部 All**
Select this option when requesting all records or information available



セクション 7 — Section 7 (Part 2/2)

| | | | | | | | | |
|---------|----------|---------|---------------|---|--|---|-----------------|-----------------|
| 加入 脱 | 全部 全部 | 種別 前 | 被保険者証 現10- | 転入 社保離脱 生保廃止 出生 その他取得 組合離脱 現10- | 転出 社保加入 生保開始 死亡 職権喪失 その他喪失日 現10- | 免許証 バスポート 年金手帳 住基カード(写真有) 保険証(国保証・社保証) マイナンバーカード 現10- | 交付・訂正 回収・未回収 | 交付・訂正 回収・未回収 |
|---------|----------|---------|---------------|---|--|---|-----------------|-----------------|

1 回収・未回収 [回収・未回収]

2 回収・未回収 [回収・未回収]

3 被現10- [被現10-]

4 その他取得 Other

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

5 保険証(国保証・社保証) Health insurance card

Japanese health insurance card. Can serve as secondary ID at some banks.

6 その他喪失日マイナンバーカード 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



Form p.1

セクション 8 — Section 8

| | | | | | | | | | | |
|---------|----------|----|----------|-----|-------------------------|-------------------------|----------------------------------|--|--|--|
| ① 脱退 | 全部 一部 | 前後 | 険者証 新 | 10- | その他取得 組合離脱 後期高齢離脱 | その他喪失 組合加入 後期高齢該当 | 保険証(国保証・社保証) マイナンバーカード その他 | | | |
|---------|----------|----|----------|-----|-------------------------|-------------------------|----------------------------------|--|--|--|

1 その他取得 Other

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

2 保険証(国保証・社保証) Health insurance card

Japanese health insurance card. Can serve as secondary ID at some banks.

3 その他喪失日マイナンバーカード 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

4 全部 All

Select this option when requesting all records or information available

5 後期高齢離脱 [後期高齢離脱]

6 その他 Other

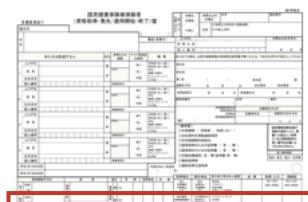
Use this section for any additional information not covered in other fields

7 新10- [新10-]

8 一部 Partial

Used when making changes to only some family members or partial updates to registration

9 後期高齢該当 () [後期高齢該当 ()]



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