

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	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。	
	____、____、____、 ____、____、____、	
	市区長村長名 印	

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。

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)

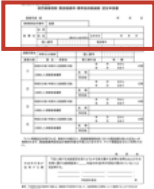
国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

彦根市長 様

年 月 日

被保険者記号番号	滋彦		
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	氏名	生年月日	年 月 日

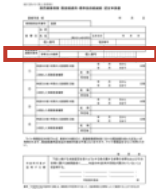
- 1 様式第4号(第11条関係) [様式第4号(第11条関係)]
- 2 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書 National Health Insurance
Japan's public health insurance for self-employed, unemployed, and those not covered by employer insurance. Enrollment is mandatory.
- 3 彦根市長 様 [彦根市長 様]
- 4 年 月 日 [年 月 日]
- 5 被保険者記号番号 滋彦 [被保険者記号番号 滋彦]
- 6 住 所 [住 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.



セクション 1 — Section 1 (Part 2/2)

	1 限度額適用 減額対象者	氏 名	生年月日	年	月	日
	3 世帯主との続柄		2 個人番号			
	4 長期入院	5 該 当 ・ 非該当	6 第三者行為	7 有 ・ 無		

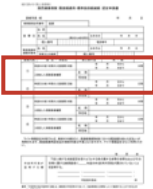
- 1 限度額適用 [限度額適用]
- 2 個人番号 My Number (Individual Number)
12-digit number. Leave blank on first registration — it will be mailed to you after.
- 3 世帯主との続柄 Head of household / Relationship to head of household
The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head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



セクション 2 — Section 2 (Part 1/2)

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

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



セクション 2 — Section 2 (Part 2/2)

③	入院をした保険医療機関	所在地				
	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			
		名 称				

- 1

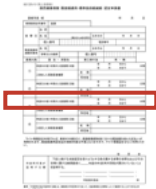
所在地 Location
Used for business/organization address or property location rather than personal residence
- 2

年 月 日から From
Used to indicate the starting point (previous address, etc.)
- 3

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)]
- 4

日間 days
Usually follows a number to indicate duration in days
- 5

名 称 [名 称]



セクション 3 — Section 3 (Part 1/2)

③	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 日間	
		年 月 日まで	
⑤	入院をした保険医療機関	名 称	
		所在地	

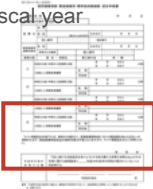
⑥ マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

⑦ 年 月 日

⑧ 市区町村長が証明する欄

⑨ 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。

____、____、____、____

- 1 名 称 [名 称]
- 2 入院をした保険医療機関 Medical institution
Enter the name of your doctor's office, clinic, or hospital
- 3 所在地 Location
Used for business/organization address or property location rather than personal residence
- 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 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
Health insurance card / Certificate / .
Japanese health insurance card. Can serve as secondary ID at some banks. Refers to official certificates like income certificate, tax exemption certificate, etc.
- 11 年 月 日 [年 月 日]
- 12 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 Head of household / To do/perform
The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household. This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling
- 13 市 区 町 村 長 が 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 To do/perform / Fiscal year
This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling Japanese fiscal year runs from April 1 to March 31
- 

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

③	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	日間
		年	月	日まで	
	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。

市区町村長が証明する欄

年

月

日

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。

14

証明する欄を証明する。 To do/perform

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

15

、 、 、 [、 、]

		① _____、_____ _____ ② _____ 市区長村長名	_____、_____ _____、_____ ㊟
--	--	---	---------------------------------

1. , , , [, ,]

市区長村長名 [市区長村長名]

[illegible]

セクション 4 — Section 4

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は、省略できる。

- 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



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