

第 1 1 号様式

相模原市 国民健康保険	国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書 限度額適用	
被保険者 記号・番号	10-	適用・減額対象者 個人番号
適用・減額対象者 氏名		生年月日 昭平 年 月 日 世帯主との 続柄
上記のとおり認定証の交付を申請します。		
年 月 日 住 所		
申請者（世帯主）氏 名		
個人番号		
電話番号 自 宅 ( )		
緊急連絡先 ( )		
相 模 原 市 長 あて ※国民健康保険に関するご連絡に使います。		

○申請月を含めた過去 1 年間に 9 1 日以上 の長期入院をされた方（市民税非課税世帯）のみ  
記入してください（入院の事実が確認できる領収書等の写しを添付してください）。※原本不可

①	長期 入院日数	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)	
	保険医療機関	名 称	
		所在地	
②	長期 入院日数	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)	
	保険医療機関	名 称	
		所在地	
長期 入院日数の合計			日間

身 元 確 認 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人		代 理 権 確 認	
写真有り（1点のみで可） <input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード(写真有り) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留C <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身・療・精) <input type="checkbox"/> その他 ( )		写真無し（2点以上必要） <input type="checkbox"/> 各種証（国・後・社・介） <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> 医療証（障・親・） <input type="checkbox"/> その他 ( )	
番 号 確 認		代 理 人 氏 名 世帯主との続柄	
<input type="checkbox"/> 番号C <input type="checkbox"/> 通知C <input type="checkbox"/> OL <input type="checkbox"/> その他 ( )			

国 保 年 金 課 処 理 欄	認 定 根 拠 区 分		認定証 記 載 年月日	交付年月日	・ ・
	<input type="checkbox"/> 課税O/L確認 <input type="checkbox"/> 証明書等の添付			発 効 期 日	・ ・
	<input type="checkbox"/> その他 ( )			有 効 期 限	・ ・
	令和 年 月 日 ( ) 区民課・まちづくりセンター			長期入院該当	・ ・ から
	交付方法	<input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 郵送 { <input type="checkbox"/> 登録地 <input type="checkbox"/> 医療機関 (名称 : )		適 用 区 分	
備考			7 0 歳未満 7 0 歳以上		
			<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ		
			<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ		
			<input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> 長期入院: <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		
			<input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> 現役並みⅠ		
			<input type="checkbox"/> オ <input type="checkbox"/> 現役並みⅡ		
			<input type="checkbox"/> 長期入院: <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		

R6.12

# Sagamihara Minami — 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)

**第11号様式**

相模原市 国民健康保険	<b>国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書</b>															
被保険者 記号・番号	10-						-	適用・減額対象者 個人番号								
適用・減額対象者 氏名								生年月日	昭平令	年	月	日	世帯主との 続柄			
上記のとおり認定証の交付を申請します。																

- 1 第 1 1 号様式 [第 1 1 号様式]
  - 2 限度額適用・標準負担額減額 [限度額適用・標準負担額減額]
  - 3 国民健康保険 National Health Insurance  
Japan's public health insurance for self-employed, unemployed, and those not covered by employer insurance. Enrollment is mandatory.
  - 4 認定申請書 [認定申請書]
  - 5 限度額適用 [限度額適用]
  - 6 国民健康保険 National Health Insurance  
Japan's public health insurance for self-employed, unemployed, and those not covered by employer insurance. Enrollment is mandatory.
  - 7 適用・減額対象者 [適用・減額対象者]
  - 8 10- - 10- -
  - 9 記号・番号 [記号・番号]
  - 10 適用・減額対象者 [適用・減額対象者]
  - 11 世帯主との Head of household  
The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household.
  - 12 昭平 [昭平]
  - 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 年月日 Year Month Day  
Write dates in Japanese format: year/month/day (e.g., 2024/03/15)
  - 15 上記のとおり認定証の交付を申請します。



セクション 1 — Section 1 (Part 2/2)

上記の住所と認定証の交付を申請します。

1

年 月 日

住所

1 住所 [住所]



セクション 2 — Section 2 (Part 1/2)

上記の住所を証明する資料を添付してください。

年 月 日 住所 \_\_\_\_\_

申請者（世帯主）氏 名 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 自宅 ( ) \_\_\_\_\_

緊急連絡先 ( ) \_\_\_\_\_

相模原市長 あて ※国民健康保険に関するご連絡に使用します。

⑧ 申請月を含めた過去 1 年間に 91 日以上長期入院をされた方（市民税非課税世帯）のみ記入してください（入院の事実が確認できる領収書等の写しを添付してください）。※原本不可

⑨	長期入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間 )
①	⑩ 保険医療機関 名称	
	所在地	
⑫	長期入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間 )
②	⑭ 保険医療機関 名称	
	所在地	

- 1 住所 [住所]
- 2 申請者（世帯主）氏 名 Head of household  
The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household.
- 3 個人番号 My Number (Individual Number)  
12-digit number. Leave blank on first registration — it will be mailed to you after.
- 4 電話番号 自宅 ( ) Phone number  
Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.
- 5 緊急連絡先 ( ) [緊急連絡先 ( )]
- 6 相模原市長 あて [相模原市長 あて]
- 7 ※国民健康保険に関するご連絡に使用します。 National Health Insurance / . / To do/perform  
Japan's public health insurance for self-employed, unemployed, and those not covered by employer insurance. Enrollment is mandatory. This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling
- 8 記入してください（入院の事実が確認できる領収書等の写しを添付してください）。※原本不可 Copy  
Refers to certified copies of documents that may be required
- 9 長期入院日数 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間 ) [長期入院日数 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間 )]
- 10 名称 [名称]
- 11 保険医療機関 [保険医療機関]
- 12 所在地 [所在地]
- 13 長期入院日数 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間 ) [長期入院日数 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間 )]
- 14 名称 [名称]
- 15 保険医療機関 [保険医療機関]



セクション 2 — Section 2 (Part 2/2)

	保険医療機関	所在地		
		長期 入院日数の合計	日間	

- 1 所在地 [所在地]
- 2 長期 入院日数の合計 [長期 入院日数の合計]
- 3 日間 [日間]



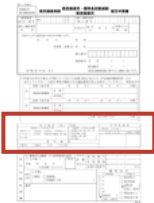
セクション 3 — Section 3 (Part 1/2)

長期 入院日数の合計

日間

身元確認 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人		代理権確認	
写真有り (1点のみで可)		写真無し (2点以上必要)	
<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード(写真有り)		<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留C <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身・療・精)		<input type="checkbox"/> 各種証 (国・後・社・介)	
<input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 年金手帳・証書	
		<input type="checkbox"/> 医療証 (障・親・ )	
		<input type="checkbox"/> その他 ( )	
番号確認			
<input type="checkbox"/> 番号C <input type="checkbox"/> 通知C <input type="checkbox"/> OL <input type="checkbox"/> その他 ( )			
国	認定根拠区分	交付年月日	・ ・

- 1 長期 入院日数の合計 [長期 入院日数の合計]
- 2 日間 [日間]
- 3 身元確認 ☐本人 ☐代理人 [身元確認 ☐本人 ☐代理人]
- 4 代理権確認 [代理権確認]
- 5 写真有り ( 1点のみで可 ) [写真有り ( 1点のみで可 )]
- 6 写真無し ( 2点以上必要 ) ☐委任状 ☐その他 ( ) Other ( / Letter of proxy / Power of attorney / Other  
Use this field for any information that doesn't fit in the standard categories  
above Required if someone else is filing on your behalf.
- 7 ☐番号カード ☐免許証 ☐住基カード(写真有り) ☐各種証 ( 国・ 後・ 社・ 介 )  
[☐番号カード ☐免許証 ☐住基カード(写真有り) ☐各種証 ( 国・ 後・ 社・ 介 )]
- 8 代理人氏名 Full name  
Write your full legal name as it appears on your residence card or passport
- 9 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.
- 10 ☐医療証 ( 障・ 親・ ) [☐医療証 ( 障・ 親・ )]
- 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 番号確認 [番号確認]
- 13 ☐番号C ☐通知C ☐OL ☐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 認定根拠区分 [認定根拠区分]
- 15 交付年月日 ・ ・ [交付年月日 ・ ・ ]



セクション 3 — Section 3 (Part 2/2)

国	認定根拠区分	1	3	交付年月日	・	・	
	<input type="checkbox"/> 課税O/L確認 <input type="checkbox"/> 証明書等の添付	認定証	5	発効期日	・	・	

- 1 認定証 [認定証]
- 2 ☐ 課税O/L確認 ☐ 証明書等の添付 [☐ 課税O/L確認 ☐ 証明書等の添付]
- 3 発効期日 ・ ・ [発効期日 ・ ・ ]





セクション 4 — Section 4 (Part 1/2)

国保年金課	認定根拠区分		認定証記載年月日	交付年月日	・ ・
	<input type="checkbox"/> 課税O/L確認 <input type="checkbox"/> 証明書等の添付			発効期日	・ ・
	<input type="checkbox"/> その他 ( )			有効期限	・ ・
	令和 年 月 日 ( ) 区民課・まちづくりセンター			長期入院該当	・ ・ から
金課	交付方法			適用区分	
				<input type="checkbox"/> 手渡し	
				<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 登録地 <input type="checkbox"/> 医療機関 (名称: )	
		<input type="checkbox"/> ア	<input type="checkbox"/> 低所得 I		
		<input type="checkbox"/> イ	<input type="checkbox"/> 低所得 II		

- 1 認定証 [認定証]
- 2 ☐ 課税O/L確認 ☐ 証明書等の添付 [ ☐ 課税O/L確認 ☐ 証明書等の添付]
- 3 発効期日 ・ ・ [発効期日 ・ ・]
- 4 保 ☐ 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 受付者記載 Reception / Received  
Staff use - indicates form was received. Do not fill in.
- 6 有効期限 ・ ・ [有効期限 ・ ・]
- 7 年月日 [年月日]
- 8 長期入院該当 ・ ・ から From  
Used to indicate the starting point (previous address, etc.)
- 9 ( ) 区民課・まちづくりセンター [( ) 区民課・まちづくりセンター]
- 10 適用区分 [適用区分]
- 11 ☐ 手渡し [ ☐ 手渡し]
- 12 70歳以上 [70歳以上]
- 13 70歳未満 [70歳未満]
- 14 方法 ☐ 郵送 ☐ 登録地 [方法 ☐ 郵送 ☐ 登録地]
- 15 ☐ 医療機関 (名称: ) ☐ イ [医療機関 (名称: ) ☐ イ]



セクション 4 — Section 4 (Part 2/2)

課 処	方法	<input type="checkbox"/> 郵送	<div><input type="checkbox"/> 登録地 <input type="checkbox"/> 医療機関 (名称 : )</div>	<div><input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ</div>	<div><div>1</div><input type="checkbox"/> 低所得 I</div> <div><input type="checkbox"/> 低所得 II</div> <div><div>2</div>長期入院: <div><input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当</div></div>
--------	----	-----------------------------	---	--	---

- 1

☐ 低所得II

☐ 低所得II]
- 2

処備考

Remarks / Notes

Space for additional information or special circumstances. Usually optional.
- 3

☐ 該当 ☐ 非該当

☐ 該当 ☐ 非該当]



理欄	備考	<input type="checkbox"/> 工 <input type="checkbox"/> 才 長期入院: <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 現役並みⅠ <input type="checkbox"/> 現役並みⅡ
----	----	---	--

R6.12

- |    |      |     |      |
|----|------|-----|------|
| 1  | 1000 | 1   | 1000 |
| 2  | 1000 | 1   | 1000 |
| 3  | 1000 | 1   | 1000 |
| 4  | 1000 | 1   | 1000 |
| 5  | 1000 | 1   | 1000 |
| 6  | 1000 | 1   | 1000 |
| 7  | 1000 | 1   | 1000 |
| 8  | 1000 | 1   | 1000 |
| 9  | 1000 | 1   | 1000 |
| 10 | 1000 | 1   | 1000 |
| 11 | 1000 | 1   | 1000 |
| 12 | 1000 | 1   | 1000 |
| 13 | 1000 | 1   | 1000 |
| 14 | 1000 | 1   | 1000 |
| 15 | 1000 | 1   | 1000 |
| 16 | 1000 | 1   | 1000 |
| 17 | 1000 | 1   | 1000 |
| 18 | 1000 | 1   | 1000 |
| 19 | 1000 | 1   | 1000 |
| 20 | 1000 | 1   | 1000 |
| 21 | 1000 | 1   | 1000 |
| 22 | 1000 | 1   | 1000 |
| 23 | 1000 | 1   | 1000 |
| 24 | 1000 | 1   | 1000 |
| 25 | 1000 | 1   | 1000 |
| 26 | 1000 | 1   | 1000 |
| 27 | 1000 | 1   | 1000 |
| 28 | 1000 | 1   | 1000 |
| 29 | 1000 | 1   | 1000 |
| 30 | 1000 | 1   | 1000 |
| 31 | 1000 | 1   | 1000 |
| 32 | 1000 | 1   | 1000 |
| 33 | 1000 | 1   | 1000 |
| 34 | 1000 | 1   | 1000 |
| 35 | 1000 | 1   | 1000 |
| 36 | 1000 | 1   | 1000 |
| 37 | 1000 | 1   | 1000 |
| 38 | 1000 | 1   | 1000 |
| 39 | 1000 | 1   | 1000 |
| 40 | 1000 | 1   | 1000 |
| 41 | 1000 | 1   | 1000 |
| 42 | 1000 | 1   | 1000 |
| 43 | 1000 | 1   | 1000 |
| 44 | 1000 | 1   | 1000 |
| 45 | 1000 | 1   | 1000 |
| 46 | 1000 | 1   | 1000 |
| 47 | 1000 | 1   | 1000 |
| 48 | 1000 | 1   | 1000 |
| 49 | 1000 | 1   | 1000 |
| 50 | 1000 | 1   | 1000 |
| 51 | 1000 | 1   | 1000 |
| 52 | 1000 | 1   | 1000 |
| 53 | 1000 | 1   | 1000 |
| 54 | 1000 | 1   | 1000 |
| 55 | 1000 | 1   | 1000 |
| 56 | 1000 | 1   | 1000 |
| 57 | 1000 | 1   | 1000 |
| 58 | 1000 | 1   | 1000 |
| 59 | 1000 | 1   | 1000 |
| 60 | 1000 | 1   | 1000 |
| 61 | 1000 | 1   | 1000 |
| 62 | 1000 | 1   | 1000 |
| 63 | 1000 | 1   | 1000 |
| 64 | 1000 | 1   | 1000 |
| 65 | 1000 | 1   | 1000 |
| 66 | 1000 | 1   | 1000 |
| 67 | 1000 | 1   | 1000 |
| 68 | 1000 | 1   | 1000 |
| 69 | 1000 | 1   | 1000 |
| 70 | 1000 | 1   | 1000 |
| 71 | 1000 | 1   | 1000 |
| 72 | 1000 | 1   | 1000 |
| 73 | 1000 | 1   | 1000 |
| 74 | 1000 | 1   | 1000 |
| 75 | 1000 | 1   | 1000 |
| 76 | 1000 | 1   | 1000 |
| 77 | 1000 | 1   | 1000 |
| 78 | 1000 | 1   | 1000 |
| 79 | 1000 | 1   | 1000 |
| 80 | 1000 | 1   | 1000 |
| 81 | 1000 | 1   | 1000 |
| 82 | 1000 | 1   | 1000 |
| 83 | 1000 | 1   | 1000 |
| 84 | 1000 | 1   | 1000 |
| 85 | 1000 | 1   | 1000 |
| 86 | 1000 | 1   | 1000 |
| 87 | 1000 | 1   | 1000 |
| 88 | 1000 | 1   | 1000 |
| 89 | 1000 | 1   | 1000 |
| 90 | 1000 | 1   | 1000 |
| 91 | 1000 | 1   | 1000 |
| 92 | 1000 | 1   | 1000 |
| 93 | 1000 | 1   | 1000 |
| 94 | 1000 | 1   | 1000 |
| 95 | 1000 | 1   | 1000 |
| 96 | 1000 | 1   | 1000 |
| 97 | 1000 | 1   | 1000 |
| 98 | 1000 | 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, kokuho ni kirikae tai desu

I left my company and want to switch to National Health Insurance