

産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届書

(あて先) 成田市長

成田市国民健康保険税条例第23条の3の規定により出産被保険者について、次のとおり届け出ます。

(太枠内を記入してください)

届出年月日	年 月 日										
国保番号	成田										
世帯主人 (届出人)	フリガナ										
	氏名										
	生年月日	年 月 日									
	住所										
	個人番号	電話番号									
出産する方	□ 世帯主と同じ										
	フリガナ										
	氏名										
	生年月日	年 月 日									
	住所	□ 世帯主と同じ									
	個人番号	電話番号									
出産予定日又は出産日	□出産予定日		□出産日		年		月		日		
単胎妊娠又は多胎妊娠の別	□ 単胎妊娠					□ 多胎妊娠					

【注意事項】

- この届書は、出産予定日の6か月前から提出することができます。
- 出産後にこの届書を提出する場合は、出産予定日の代わりに出産日を記入してください。
なお、以前お住まいの市町村に産前産後期間の国民健康保険税(料)軽減について届け出していた場合は、その際に届け出た出産予定日又は出産日を記入してください。
- 届出に当たっては、この届書に次の書類を添えてください。
 - 出産予定日又は出産日を確認することができる書類
 - 単胎妊娠又は多胎妊娠の別を確認することができる書類

<事務処理欄> ※記入不要

確認書類(コピー添付要)	確認事項(下記の内容を必ず確認)
<input type="checkbox"/> 母子健康手帳	<input type="checkbox"/> 出産(予定)日の確認 <input type="checkbox"/> 妊娠した方(母)の氏名の確認 <input type="checkbox"/> 単胎か多胎かの確認
<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 上記の内容を確認できるもの

個人番号確認書類	本人確認書類
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民基本台帳等	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()

入力	点検

受付印

Narita — 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 産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届書

② (あて先) 成田市長
成田市国民健康保険税条例第23条の3の規定により出産被保険者について、次のとおり届け出ます。

③ (太枠内を記入してください)

届出年月日	④ 年 月 日
国保番号	⑤ 成田
世帯主(届出人)	⑥ フリガナ ⑦ 氏名 ⑧ 生年月日 ⑨ 住所 ⑩ 個人番号
	⑪ 年 月 日 ⑫ 電話番号

1 産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届書 National Health Insurance

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

2 (あて先) 成田市長 Addressee

The person or office this form is being sent to

3 成田市国民健康保険税条例第23条の3の規定により出産被保険者について、次のとおり届け出ます。

National Health Insurance / .

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

4 (太枠内を記入してください) Please / Fill in

This is part of a longer instruction - look for the complete phrase

5 届出年月日 Date of Notification

Write the date you are submitting this form to the municipal office (format: year/month/day)

6 年 月 日 Year Month Day

Fill in the date using the Japanese calendar year (Reiwa era) - for 2024, write "6" in the year field, then the month and day numbers.

7 国保番号 National Health Insurance Number

Enter your NHI card number (usually 8 digits). Leave blank if you don't have national health insurance.

8 成田 Narita

Write your surname here if your name is Narita, or write your actual surname in the designated name field

9 フリガナ Phonetic reading (katakana)

Write your name in katakana characters above the corresponding kanji/hiragana in your name

10 氏名 Name

Write your full name as it appears on your residence card or passport

11 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 1/2) (continued)

① 産前産後期間に係る国民健康保険税軽減届書

② (あて先) 成田市長

成田市国民健康保険税条例第23条の3の規定により出産被保険者について、次のとおり届け出ます。

④ (太枠内を記入してください)

届出年月日	⑤ 年	月	日
⑦ 国保番号	⑥ 成田		
⑨ フリガナ			
⑩ 氏名			
⑪ 生年月日	⑫ 年	月	日
⑬ 住 所			
⑭ 個人番号			電話番号

年 月 日 Year ____ Month ____ Day ____

Fill in the date using the Japanese calendar year (Reiwa era) - for 2024, write "6" in the year field, then the month and day numbers.

12 (届出人) (Notifier/Applicant)

Write your name here as the person submitting this residence registration form

13 住 所 Address

Write your complete current residential address including postal code, prefecture, city, and apartment number if applicable

14 個人番号 My Number (Individual Number)

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

セクション 1 — Section 1 (Part 2/2)

	個人番号		①	電話番号		
出産する方	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主と同じ フリガナ					②
	氏名					③
	生年月日					④
	年	月	日	⑤		

1 電話番号 Phone number

Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.

2 □ 世帯主と同じ Head of household

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

3 フリガナ Phonetic reading (katakana)

Write your name in katakana characters above the corresponding kanji/hiragana in your name

4 氏名 Name

Write your full name as it appears on your residence card or passport

5 出産する方 To do/perform / Person who

This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling. This appears to be part of a longer phrase - look for the complete text starting with the preceding characters

6 生年月日 Date of birth

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

7 年 月 日 Year ____ Month ____ Day ____

Fill in the date using the Japanese calendar year (Reiwa era) - for 2024, write "6" in the year field, then the month and day numbers.



Form p.1

セクション 2 — Section 2 (Part 1/2)

1 出産する方	氏名					
	2 生年月日	年 月 日				
	4 住所	5 世帯主と同じ				
	6 個人番号	7 電話番号				
8 出産予定日又は出産日	9 出産予定日	10 出産日	年	月	日	
11 単胎妊娠又は多胎妊娠の別	12 □ 単胎妊娠 □ 多胎妊娠					
13 【注意事項】 1. この届書は、出産予定日の6か月前から提出することができます。 2. 出産後にこの届書を提出する場合は、出産予定日の代わりに出産日を記入してください。 <small>なお、以前お住まいの市町村に産前産後期間の国民健康保険税(料)軽減について届け出していた場合は、その際に届け出た出産予定日又は出産日を記入してください。</small> 3. 届出に当たっては、この届書に次の書類を添えてください。 ①出産予定日又は出産日を確認することができる書類 ②単胎妊娠又は多胎妊娠の別を確認することができる書類						
14 <事務処理欄> *記入不要						

1 出産する方 To do/perform / Person who

This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling. This appears to be part of a longer phrase - look for the complete text starting with the preceding characters

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 年 月 日 Year _____ Month _____ Day _____

Fill in the date using the Japanese calendar year (Reiwa era) - for 2024, write "6" in the year field, then the month and day numbers.

4 住 所 Address

Write your complete current residential address including postal code, prefecture, city, and apartment number if applicable

5 □ 世帯主と同じ Head of household

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

6 個人番号 My Number (Individual Number)

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

7 電話番号 Phone number

Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.

8 出産予定日又は出産日 Expected delivery date or birth date

Enter expected due date if pregnant, or actual birth date if already given birth

9 □出産予定日 □出産日 年 月 日

□Expected delivery date □Birth date _____ year _____ month _____ day

Check the appropriate box and fill in the corresponding date - use expected delivery date for unborn children or actual birth date for already born children.

10 単胎妊娠又は多胎妊娠の別 Single or multiple pregnancy

Check single pregnancy for one baby, multiple pregnancy for twins/triplets etc.

11 □ 単胎妊娠 □ 多胎妊娠 □ Single pregnancy □ Multiple pregnancy

Check the appropriate box if you are pregnant - single for one baby, multiple for twins/triplets etc.



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

1 出産する方	氏名					
	2 生年月日	3 年 月 日				
	4 住所	5 世帯主と同じ				
	6 個人番号	7 電話番号				
8 出産予定日又は出産日	9 <input type="checkbox"/> 出産予定日	<input type="checkbox"/> 出産日	10 年	月	日	
9 単胎妊娠又は多胎妊娠の別	<input type="checkbox"/> 11 単胎妊娠	<input type="checkbox"/> 多胎妊娠				
10 【注意事項】						
1. この届書は、出産予定日の6か月前から提出することができます。 2. 出産後にこの届書を提出する場合は、出産予定日の代わりに出産日を記入してください。 <small>なお、以前お住まいの市町村に産前産後期間の国民健康保険税(料)軽減について届け出していた場合は、その際に届け出た出産予定日又は出産日を記入してください。</small> 3. 届出に当たっては、この届書に次の書類を添えてください。 ①出産予定日又は出産日を確認することができる書類 ②単胎妊娠又は多胎妊娠の別を確認することができる書類						
11 <事務処理欄> ※記入不要						

なお、以前お住まいの市町村に産前産後期間の国民健康保険税(料)軽減について届け出ていた場合

National Health Insurance

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

12 3. 届出に当たっては、この届書に次の書類を添えてください。 Please / Please / Please

This is part of a longer instruction - look for the complete phrase

13 ②単胎妊娠又は多胎妊娠の別を確認することができる書類 To do/perform

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

14 <事務処理欄> Processing

Staff use - processing status. Do not fill in.

セクション 2 — Section 2 (Part 2/2)

<事務処理欄>		※記入不要
確認書類(コピー添付要)		確認事項(下記の内容を必ず確認)
<input type="checkbox"/> 母子健康手帳		<input type="checkbox"/> 出産(予定)日の確認 <input type="checkbox"/> 妊娠した方(母)の氏名の確認 <input type="checkbox"/> 単胎か多胎かの確認
<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 上記の内容を確認できるもの

1 ※記入不要 Do not fill in / Fill in

Leave this field blank - it will be completed by staff

2 確認書類 (コピー添付要) Confirmation

Staff use only - do not fill in

3 確認事項 (下記の内容を必ず確認) Confirmation

Staff use only - do not fill in

4 母子健康手帳 Maternal and Child Health Handbook

Check this box if you have a Maternal and Child Health Handbook (boshi kenko techo) that needs address updates due to your move.

5 妊娠した方 (母) の氏名の確認 Full name

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

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 上記の内容を確認できるもの Documents that can verify the above information

Bring official documents like driver's license, passport, or utility bills to prove the information you've written



Form p.1

セクション3 — Section 3

<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 上記の内容を確認できるもの				
<table border="1"> <tr> <td>個人番号確認書類</td> <td>本人確認書類</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民基本台帳等 </td> <td> <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他() </td> </tr> </table>		個人番号確認書類	本人確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民基本台帳等	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他()
個人番号確認書類	本人確認書類				
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民基本台帳等	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他()				
入力	点検				
受付印					

1 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

2 上記の内容を確認できるもの Documents that can verify the above information

Bring official documents like driver's license, passport, or utility bills to prove the information you've written

3 個人番号確認書類 My Number (Individual Number)

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

4 本人確認書類 Identity verification documents

Documents that prove your identity. Primary: Residence Card, Passport, My Number Card. Secondary: Health Insurance Card, Driver's License.

5 受付印 Reception / Received / Seal (inkan / hanko)

Staff use - indicates form was received. Do not fill in. Personal seal stamp. Most ward offices accept a written signature for foreigners instead.

6 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

7 パスポート その他 () Passport / Other (/ Other)

Bring your passport as identification when submitting this form Use this field for any information that doesn't fit in the standard categories above

8 住民基本台帳等 Registry

Staff use only - do not fill in

9 入力 Data entry

Staff use - data entry field. Do not fill in.

10 点検 Inspection

Staff use only - do not fill in



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