

第3号様式(第13条)

## 国民健康保険療養費支給申請書

					年 月 日
(宛先)鎌倉市長					住所 _____
					世帯主 氏名 _____ 印
					電話 ( )
次のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。					個人番号 _____
					□この診療は、第三者行為（事故・喧嘩等）によるものではありません。
被保険者 記号・番号	05-	被保険者氏名			世帯主 との 続柄
発病・負傷 年 月 日	・	生年月日 年 月 日	個人 番号		
傷病名	療養期間		年 月 日から		
対象者区分	□一般被保険者 □退職被保険者本人 □退職被保険者家族	□就学時前 □65~69歳 □高齢一般 □高齢一定以上	□乳児 □障害 □ひとり親		
診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地					
診療又は、調剤に従事した医師、歯科医師及び薬剤師の氏名					
療養の給付を受けることができなかつた理由					
発病の原因	療養の内容				
傷病の経過	療養に要した費用		円		
審査決定金額	円	支給金額 7・8・9・10割	円		
次のとおり決定してよいでしょう(伺い) か。		起案	・・		
課長	課長補佐	係長	係	担当	決裁
					承認番号
□承認します 区分 □承認しません (理由)					支給簿番号
受付	審査依頼 ・		審査終了受付 ・	支給 ・	
口座振込	銀行 本店 支店				
	□普通預金 □当座預金				
	口座番号	口座名義(カタカナ)			

# Kamakura — 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

1 第3号様式(第13条)

2 国民健康保険療養費支給申請書

3 年 月 日

4 (宛先)鎌倉市長

5 住所 \_\_\_\_\_

6 世帯主 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

7 電話 ( )

8 次のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

9 個人番号 \_\_\_\_\_

10  この診療は、第三者行為（事故・喧嘩等）によるものではありません。

11 世帯主のと

12 被保険者 記号・番号	05-	13 被保険者氏名
------------------	-----	-----------

1 第3号様式(第13条) [第3号様式(第13条)]

2 国民健康保険療養費支給申請書 National Health Insurance  
Japan's public health insurance for self-employed, unemployed, and those not covered by employer insurance. Enrollment is mandatory.

3 年月日 [年月日]

4 (宛先)鎌倉市長 [(宛先)鎌倉市長]

5 住所 Address

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

6 世帯主 氏名 印 Head of household / Full name / Seal (inkan / hanko)

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.

7 電話 ( ) [電話 ( )]

8 次のとおり、療養に要した費用に関する証拠 To do/perform

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

9 個人番号 My Number (Individual Number)

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

10  この診療は、第三者行為（事故・喧嘩等）によるものではありません。 [□この診療は、第三者行為（事故・喧嘩等）によるものではありません]

11 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.

12 被保険者氏名 Full name

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

13 記号・番号 [記号・番号]

14 続柄 Relationship to head of household

See relationship terms table.



## セクション 2 — Section 2

記号・番号 発病・負傷年月日	05— 5.	生年月日 年月日	との 統柄
傷病名		療養期間	年月日から
対象者区分	<input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被保険者本人 <input type="checkbox"/> 退職被保険者家族	<input checked="" type="checkbox"/> 就学時前 <input type="checkbox"/> 65~69歳 <input type="checkbox"/> 高齢一般 <input type="checkbox"/> 高齢一定以上	<input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> ひとり親

1 記号・番号 [記号・番号]

2 続柄 Relationship to head of household

See relationship terms table.

3 発病・負傷 [発病・負傷]

4 個人 [個人]

5 . . . [. . .]

6 年月日番号 [年月日番号]

7 療養期間 [療養期間]

8 年月日から From

Used to indicate the starting point (previous address, etc.)

9 一般被保険者 [一般被保険者]10 乳児 [乳児]11 65~69歳 [65~69歳]12 対象者区分 退職被保険者本人 [対象者区分 退職被保険者本人]13 退職被保険者家族 [退職被保険者家族]14 ひとり親 [ひとり親]15 高齢一定以上 [高齢一定以上]

Form p.1

## セクション3 — Section 3

		<input checked="" type="checkbox"/> ① 退職被保険者家族	<input type="checkbox"/> ② 高齢一定以上	<input type="checkbox"/> ③ ひとり親
④	診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地			
⑤	診療又は、調剤に従事した医師、歯科医師及び薬剤師の氏名			
⑥	療養の給付を受けることができなかつた理由			
⑦	発病の原因	⑨ 療養の内容		
⑧	傷病の経過	⑩ 療養に要した費用		円
⑨	審査決定金額	円	支給金額	円
10		7 · 8 · 9 · 10割		

1  退職被保険者家族 [ 退職被保険者家族]2  ひとり親 [ ひとり親]3  高齢一定以上 [ 高齢一定以上]4 院、診療所、薬局その他の者の名称及  
Other  
Use this section for any additional information not covered in other fields5 診療又は、調剤に従事した医師、歯科 [ 診療又は、調剤に従事した医師、歯科]6 療養の給付を受 [ 療養の給付を受]7 なかつた理由 [ なかつた理由]8 発病の原因 [ 発病の原因]9 療養の内容 [ 療養の内容]10 傷病の経過 [ 傷病の経過]11 療養に要した費用 [ 療養に要した費用]12 審査決定金額 [ 審査決定金額]13 7 · 8 · 9 · 10割 [ 7 · 8 · 9 · 10割]

## セクション 4 — Section 4

1 番査決定金額	円 2 7・8・9・10割					円	
次のとおり決定してよいでしょう (伺い) か。						起案	3 .. .
6 課長	7 課長補佐	8 係長	9 係	10 担当		決裁	4 .. .
						承認番号	5 .. .
15 区分	<input type="checkbox"/> 承認します <input checked="" type="checkbox"/> 承認しません (理由 12)				支給簿番号 10 6 来本依頼 13 7 来本終了受付 14 8 受付 15		

1 番査決定金額 [審査決定金額]

2 7・8・9・10割 [7・8・9・10割]

3 次のとおり決定してよいでしょう [次のとおり決定してよいでしょう]

4 (伺い) 起 [(伺い) 起]

5 .. . [.. .]

6 課長 課長補佐 係長 [課長 課長補佐 係長]

7 担当決 [担当決]

8 .. . [.. .]

9 区分 [区分]

10 支給簿番号 [支給簿番号]

11 (理由 ) [(理由 )]

12 審査依頼 [審査依頼]

13 審査終了受付 Reception / Received

Staff use - indicates form was received. Do not fill in.

14 支給 [支給]

15 受付 Reception / Received

Staff use - indicates form was received. Do not fill in.



## セクション 5 — Section 5

受付	審査依頼	審査終了受付	支給
口座振込	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		
	銀行	本店 支店	
	口座番号	口座名義(カタカナ)	

1 (理由) [(理由)]

2 審査依頼 [審査依頼]

3 審査終了受付 Reception / Received

Staff use - indicates form was received. Do not fill in.

4 支給 [支給]

5 受付 Reception / Received

Staff use - indicates form was received. Do not fill in.

6 . . . [. . .]

7 . . . [. . .]

8 . . . [. . .]

9 銀行 本店 [銀行 本店]

10  普通預金 [ 普通預金]

11 支店 [支店]

12 振口座番号 Account number

Your bank account number (usually 7 digits).

13 口座名義(カタカナ) Account holder name

Must match the name on the account exactly — usually in katakana.



## 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