

第11号様式

相模原市 国民健康保険		限度額適用・標準負担額減額 限度額適用 認定申請書																					
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 <table border="1"><tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr></table>												.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....												
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91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( )	
		<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 代理人 氏名 世帯主との続柄
番号確認			
<input type="checkbox"/> 番号C <input type="checkbox"/> 通知C <input type="checkbox"/> O L <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 <input type="checkbox"/> その他( )			発効期日	・	・	
	令和 年 月 日 ( )区民課・まちづくりセンター			有効期限	・	・	
				長期入院該当	・	・	から
	交付方法	□手渡し □郵送 <input type="checkbox"/> 登録地 <input type="checkbox"/> 医療機関(名称: )		適用区分			
		70歳未満	70歳以上				
		<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ	<input type="checkbox"/> 低所得I <input type="checkbox"/> 低所得II → [長期入院: □該当 □非該当]				
備考		<input type="checkbox"/> 現役並みI <input type="checkbox"/> 現役並みII					

R6.12

# Sagamihara Chuo — 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)

<b>第 11 号様式</b> <b>相模原市 国民健康保険</b>	<b>国民健康保険</b> <b>限度額適用・標準負担額減額</b> <b>認定申請書</b> <b>限度額適用</b>
<b>被保険者 記号・番号</b> <b>10-</b>	<b>適用・減額対象者 氏名</b> <b>13 生年月日</b> <b>12 昭平令</b> <b>14 年月日</b> <b>11 世帯主との 続柄</b>
<b>15 上記のとおり認定証の交付を申請します。</b>	

1 第 11 号様式 [第 11 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)

	上記欄で又は本欄に記入した内容を下記欄に記入して下さい。	
年	月	日
① 住 所 _____		

1 住 所 [住 所]



Form p.1

## セクション 2 — Section 2 (Part 1/2)

上記欄にマイナンバーを記入して下さい。

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います。											

① 申請月を含めた過去1年間に91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								
②	長期 入院 日 数	年	月	日	～	年	月	日	( )	日 間
	保険 医療 機関	名 称								

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います。 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	①
		② 長期 入院日数の合計
		③ 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]



Form p.1

## セクション3 — Section 3 (Part 1/2)

		① 長期 入院日数の合計	② 日間																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">③ 身元確認</td> <td style="width: 50%;">□本人</td> <td style="width: 50%;">□代理人</td> <td style="width: 50%;">④ 代理権確認</td> </tr> <tr> <td>⑤ 写真有り (1点のみで可)</td> <td></td> <td>⑥ 写真無し (2点以上必要)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>□番号カード □免許証 □住基カード(写真有り)</td> <td></td> <td>□各種証 (国・後・社・介)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑦ パスポート □在留C □障害者手帳(身・療・精)</td> <td></td> <td>□年金手帳・証書</td> <td></td> </tr> <tr> <td>□その他 ( )</td> <td></td> <td>□医療証 (障・親・ )</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">⑧ 番号確認</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">□その他 ( )</td> </tr> <tr> <td>⑨ 番号C</td> <td>□通知C</td> <td>□O L</td> <td>□その他 ( )</td> </tr> </table>		③ 身元確認	□本人	□代理人	④ 代理権確認	⑤ 写真有り (1点のみで可)		⑥ 写真無し (2点以上必要)		□番号カード □免許証 □住基カード(写真有り)		□各種証 (国・後・社・介)		⑦ パスポート □在留C □障害者手帳(身・療・精)		□年金手帳・証書		□その他 ( )		□医療証 (障・親・ )		⑧ 番号確認		□その他 ( )		⑨ 番号C	□通知C	□O L	□その他 ( )		
③ 身元確認	□本人	□代理人	④ 代理権確認																												
⑤ 写真有り (1点のみで可)		⑥ 写真無し (2点以上必要)																													
□番号カード □免許証 □住基カード(写真有り)		□各種証 (国・後・社・介)																													
⑦ パスポート □在留C □障害者手帳(身・療・精)		□年金手帳・証書																													
□その他 ( )		□医療証 (障・親・ )																													
⑧ 番号確認		□その他 ( )																													
⑨ 番号C	□通知C	□O L	□その他 ( )																												
国	⑩ 認定根拠区分	⑪	交付年月日	⑫																											

- 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 □O L □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	交付年月日	・	・	
	<input checked="" type="checkbox"/> 課税O/L確認 <input type="checkbox"/> 証明書等の添付	認定証	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 〕



Form p.1

## セクション 4 — Section 4 (Part 1/2)

国 保 年 金 課	認定根拠区分		① 認定証 ② 課税O/L確認 <input type="checkbox"/> 証明書等の添付 ③ その他 ( ) ④ 令和 年 月 日 ⑤ ( ) 区民課・まちづくりセンター ⑥ 受付者 ⑦ 記載 ⑧ 年月日 ⑨ 長期入院該当 ⑩ から ⑪ 手渡し ⑫ 郵送 <input type="checkbox"/> 登録地 ⑬ 医療機関 (名称 : ) ⑭ 交付方法	交付年月日	・	・
	③ 発効期日	・		・	・	・
	④ 有効期限	・		・	・	・
	⑤ 長期入院該当	・		・	・	から
	⑩ 適用区分					
	⑪ 70歳未満				70歳以上	
	⑫ ア				低所得 I	
	⑬ イ				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  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	<input type="checkbox"/> 登録地	(名称 : )	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ	① <input type="checkbox"/> 低所得 I <input type="checkbox"/> 低所得 II <input type="checkbox"/> 長期入院: [ <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該當]
		<input type="checkbox"/> 医療機関				
	備考					

1  低所得II [ 低所得II]

2 备考 Remarks / Notes

Space for additional information or special circumstances. Usually optional.

3  該当  非該當 [ 該当  非該當]

Form p.1

## セクション 5 — Section 5

理 欄	備考	<input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> 才 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">長期入院: [<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当]</span>	<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 処備考 Remarks / Notes

Space for additional information or special circumstances. Usually optional.

2  該当  非該当 [ 該当  非該当]

3  現役並み I [ 現役並み I]

4  現役並み II [ 現役並み II]

5  該当  非該当 [ 該当  非該当]

6 R6.12 [R6.12]



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