

No.

## 国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証の記号番号	記号	市	番号							種別	一般・退職	
認定を受けようとする被保険者の氏名及び生年月日	氏名								性別	男・女		
	個人番号		.....									
	生年月日	昭・平・令 年 月 日										
特定疾病の名称  該当する番号に○印を付けてください。	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全。 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第VIII因子障害または先天性血液凝固第IX因子障害。 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群。 (HIV 感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)											

国民健康保険特定疾病認定書を上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住所 市川市 丁目 番号  
( )

氏名

個人番号

.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

市川市長 あて 電話 ( )

### 証明書

上記\_\_\_\_\_は

- 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全。
- 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第VIII因子障害または先天性血液凝固第IX因子障害。
- 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群。  
(HIV 感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)

で

治療していることを証明します。

年 月 日

医療機関の

- 所在地
- 名称

医師名

印

# Ichikawa — 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

						No.
<b>国民健康保険特定疾病認定申請書</b>						
② 被保険者証の 記号番号	④ 記号番号	③ 市	番号			① 種別 一般・退職
⑥ 認定を受けようとす る被保険者の氏名	⑤ 性別 男・女					

1 国民健康保険特定疾病認定申請書 National Health Insurance

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

2 被保険者証の記 Insurance card / Insured person

Refers to your national health insurance card - this field likely continues with additional text The person covered by the insurance policy (usually yourself when applying)

3 一般・退職 General/Retirement

Select "General" for standard health insurance or "Retirement" if you're enrolled in a retiree health insurance plan

4 号号 No. No.

N/A - this appears to be column headers or form layout text for numbering fields

5 男・女 Male · Female

Circle or check the appropriate gender option

6 認定を受けようとす Seeking to receive certification/approval

This appears to be incomplete text - likely part of a longer phrase about applying for official recognition or certification status.

7 る被保険者の氏名及 Full name

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



Form p.1

## セクション 2 — Section 2 (Part 1/2)

1 る被保険者の氏名及 び生年月日	2 個人番号	別							
	3 生年月日	昭・平・令	年	月	日				
4 特定疾病の名称	5 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全。 6 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第VIII因子障害または 7 先天性血液凝固第IX因子障害。 8 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群。 9 (HIV 感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)								
10 該当する番号に○印 を付けてください。									
11 12 13 14 15	国民健康保険特定疾病認定書を上記のとおり申請します。  年 月 日 世帯主 住 所 市川市 丁目 番 号								

1 る被保険者の氏名及 Full name

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

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 び生年月日 Date of birth

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

4 生年月日 昭・平・令 年 月 日 Date of birth

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

5 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全。 Chronic renal failure undergoing artificial kidney treatment

Check if you have chronic kidney failure and are receiving dialysis treatment

6 特定疾病の名称 Name/Designation

Use for organization/business names rather than personal names

7 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第VIII因子障害または

2. Congenital coagulation factor VIII disorder receiving plasma fractionation products or

This relates to hemophilia A treatment - check this if you receive clotting factor concentrates for this bleeding disorder.

8 先天性血液凝固第IX因子障害。 Congenital blood coagulation factor IX disorder.

This is a medical condition label - only check/fill if you have been diagnosed with hemophilia B or Christmas disease.

9 該当する番号に○印 To do/perform / Seal (inkan / hanko)

This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling Personal seal stamp. Most ward offices accept a written signature for foreigners instead.

10 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群。 3. Acquired immunodeficiency syndrome being treated with antiviral drugs.

Check this box if you have AIDS and are currently receiving antiviral medication treatment.

11 を付けてください。 Please / Please / Please

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



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

① る被保険者の氏名及 び生年月日	② 個人番号	別						
	③ 生年月日	昭・平・令	年	月	日			
④ 特定疾病の名称	⑤ 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全。 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第VIII因子障害または先天性血液凝固第IX因子障害。 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群。 (HIV 感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)							
⑥ 該当する番号に○印 を付けてください。								
⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮	国民健康保険特定疾病認定書を上記のとおり申請します。							
⑯ ⑰	年 月 日							
⑯ ⑰	世帯主 住 所 市川市 丁目 番 号							

( HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る )

(Including HIV infection, limited to cases pertaining to persons designated by the Minister of Health, Labour and Welfare)

This is a clarification note for condition 3 above - it specifies that acquired immunodeficiency syndrome includes HIV infection, but only applies to cases involving persons designated by the Minister of Health, Labour and Welfare. No action is required for this explanatory text.

13 国民健康保険特定疾病認定書を上記のとおり申請します。 National Health Insurance / . / Document

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

14 年 月 日 Year Month Day

Write the date in Japanese format (year/month/day) using Arabic numerals, e.g.,  
2024年12月15日

15 世帯主 住 所 市川市 Head of household / Address

The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household. Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address.

## セクション 2 — Section 2 (Part 2/2)

世帯主 住 所 市川市

1 丁目

番 号

1 丁目 Block number

Part of Japanese address system - the district block number (e.g., 1-chome,  
2-chome)



Form p.1

## セクション 3 — Section 3

<span style="color: red;">1</span> <span style="color: red;">2</span> <span style="color: red;">3</span> <span style="color: red;">4</span> <span style="color: red;">5</span> <span style="color: red;">6</span> <span style="color: red;">7</span> <span style="color: red;">8</span> <span style="color: red;">9</span> <span style="color: red;">10</span> <span style="color: red;">11</span> <span style="color: red;">12</span>	<p>( ) ( ) ( ) ( )</p> <p>氏名 ( ) 個人番号 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )</p> <p>市川市長 あて</p> <p style="text-align: center;"><b>証 明 書</b></p> <p>上記 _____ は</p> <p>1 人工腎臓を実施している慢性腎不全。      2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第VIII因子障害または先天性血液凝固第IX因子障害。      3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群。      (HIV 感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)</p> <p>治療していることを証明します。</p>
---	--

1 ( ) ( ) ( )

Write your full name in katakana as it appears on your residence card or official documents.

2 氏名 Full name

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

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 Phone number

Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.

5 市川市長 あて To the Mayor of Ichikawa City

This field is pre-filled and indicates the form is addressed to the Mayor of Ichikawa City - no action needed.

6 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全。 Chronic renal failure undergoing artificial kidney treatment

Check if you have chronic kidney failure and are receiving dialysis treatment

7 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第VIII因子

2. Congenital blood coagulation factor VIII with plasma fractionation product administration

Check this box if you have congenital hemophilia A and receive factor VIII concentrate treatments

8 上記 は The above is/are

This is layout text that precedes a statement about the people listed above - you don't fill this in directly, but complete the statement that follows.

9 障害または先天性血液凝固第IX因子障害。 Disability or congenital blood coagulation factor IX disorder.

Check this box only if you have hemophilia B or other factor IX clotting disorders - leave blank for most residents.

10 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群。 3. Acquired immunodeficiency syndrome being treated with antiviral drugs.

Check this box if you have AIDS and are currently receiving antiviral medication treatment.

11 ( HIV 感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る )

(Including HIV infection, limited to cases pertaining to persons designated by the Minister of Health, Labour and Welfare)

This is explanatory text about HIV infection and conditions designated by the Minister of Health, Labour and Welfare - no input required from you.



## セクション3 — Section 3 (continued)

<span style="color: red;">⑧</span> <span style="color: red;">市川市長 あて</span>	<p style="text-align: center;">( )  <span style="color: red;">②</span> 氏名  <span style="color: red;">③</span> 個人番号 <input type="text"/> / <input type="text"/>  <span style="color: red;">④</span> 電話 ( )</p>
<b>証明書</b>	
<p style="margin-left: 10px;">上記 _____ は</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 10px;"> <span style="color: red;">⑥</span> 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全。  <span style="color: red;">⑦</span> 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第VIII因子障害または先天性血液凝固第IX因子障害。  <span style="color: red;">⑧</span> 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群。  <small>(HIV 感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)</small> </div> <p style="margin-left: 10px;">で</p> <p style="margin-left: 10px;">⑨ 治療していることを証明します。</p>	

12 治療していることを証明します。

This is the conclusion of the medical certificate stating that treatment is being provided - this will be completed by the medical institution, not by you.

## セクション 4 — Section 4

1 治療していることを証明します。  2 年 月 日  3 所在地  医療機関の 4  5 名称  6 医師名	印
---	---

## 1 治療していることを証明します。

This is a statement that says 'I certify that [the patient] is receiving treatment.' This is typically pre-printed text that doesn't need to be filled in by you.

## 2 年 月 日 Year Month Day

Write the date in Japanese format (year/month/day) using Arabic numerals, e.g.,  
2024年12月15日

## 3 所在地 Location

Used for business/organization address or property location rather than personal residence

## 4 医療機関の Medical institution's

This appears to be an incomplete label - you may need to provide information about your medical institution or healthcare provider if the full field relates to insurance or medical registration.

## 5 名称 Name/Designation

Use for organization/business names rather than personal names

## 6 医師名 Doctor's name

Enter the full name of your attending physician or the doctor who issued medical documentation



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