

## 国民健康保険 資格確認書交付申請書

大和市長 あて 次のとおり申請します。

|     |           |                                |                                 |                                 |
|-----|-----------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 申請日 | 年 月 日     |                                |                                 |                                 |
| 申請者 | 氏名        |                                | 電話                              | - - -                           |
|     | 住所        |                                |                                 |                                 |
|     | 世帯主からみた関係 | <input type="checkbox"/> 世帯主本人 | <input type="checkbox"/> 世帯員( ) | <input type="checkbox"/> その他( ) |
| 世帯主 | 氏名        |                                | (個人番号)                          |                                 |

(※代理人が申請する場合は、原則として、別途、委任状等の各市町村が適当と認める書類の添付が必要です。)

※ここから下の太枠内は、交付を希望する人について記入してください。

|                            |       |   |   |   |  |  |
|----------------------------|-------|---|---|---|--|--|
| 住 所                        |       | <input type="checkbox"/> 同上   |   |   |  |  |
| 1                          | フリガナ  |   |   |   | (申請理由)<br>1.マイカード紛失・更新中 2.マイカード返納<br>3.介助 4.その他( ) |  |
|                            | 氏 名   | 男・女   |   |   |  |  |
| 生年月日                       | 昭・平・令 | 年   | 月 | 日 | (個人番号)   |  |
| 2                          | フリガナ  |   |   |   | (申請理由)<br>1.マイカード紛失・更新中 2.マイカード返納<br>3.介助 4.その他( ) |  |
|                            | 氏 名   | 男・女   |   |   |  |  |
| 生年月日                       | 昭・平・令 | 年   | 月 | 日 | (個人番号)   |  |
| 3                          | フリガナ  |   |   |   | (申請理由)<br>1.マイカード紛失・更新中 2.マイカード返納<br>3.介助 4.その他( ) |  |
|                            | 氏 名   | 男・女   |   |   |  |  |
| 生年月日                       | 昭・平・令 | 年   | 月 | 日 | (個人番号)   |  |
| 4                          | フリガナ  |   |   |   | (申請理由)<br>1.マイカード紛失・更新中 2.マイカード返納<br>3.介助 4.その他( ) |  |
|                            | 氏 名   | 男・女   |   |   |  |  |
| 生年月日                       | 昭・平・令 | 年   | 月 | 日 | (個人番号)   |  |
| (記載上の注意)<br>申請理由欄の<br>補足説明 |       | 1. マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない<br>2. マイナンバーカードを返納する予定である<br>3. 介助者等の第三者が高齢者又は障害者である被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要があるなど、マイナンバーカードでの受診が困難である<br>4. その他<br>※マイナンバーカードによるオンライン資格確認を受けることができない事情を具体的に記載ください<br><br>(注)マイナンバーカードを取得してない方、マイナンバーカードを取得しているが保険証利用登録を行っていない方には、申請によらず資格確認書が交付されるため、申請の必要はありません。 |   |   |  |  |

|               |                   |      |      |                                      |  |
|---------------|-------------------|------|------|--------------------------------------|--|
| 事務<br>処理<br>欄 | 被保険者番号 :          |      |      | 本人確認書類 : マ付・免許・ハビット・在留・年金手帳・<br>他[ ] |  |
|               | 資格確認書: 窓口/郵送      |      |      |                                      |  |
|               | 入力日 :     ・     ・ | 処理 : | 審査 : |                                      |  |

# Yamato — 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 国民健康保険 資格確認書交付申請書

|  |                  |
|--|------------------|
| ② 大和市長 あて 次のとおり申請します。  |                  |
| ③ 申請日  | ④ 年 月 日          |
| ⑤ 氏名   | ⑥ 電話             |
| ⑦ 申請者  | ⑧ 住所             |
| ⑨ 世帯主からみた関係 <input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 世帯員( ) <input type="checkbox"/> その他( ) |                  |
| ⑩ 世帯主  | ⑪ 氏名<br>⑫ (個人番号) |
| (※代理人が申請する場合は、原則として、別途、委任状等の各市町村が適当と認める書類の添付が必要です。)  |                  |
| ※ここから下の太枠内は、交付を希望する人について記入してください。  |                  |
| ⑬ 住 所  | ⑭ □同上            |

## 1 国民健康保険 資格確認書交付申請書 National Health Insurance / Qualification

Japan's public health insurance for self-employed, unemployed, and those not covered by employer insurance. Enrollment is mandatory. Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)

2 大和市長 あて 次のとおり申請します。

3 申請日 [申請日]

4 年 月 日 [年 月 日]

5 氏名 Full name

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

6 電話 Phone number

Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.

7 - - - -

8 申請者 住所 Address

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

9 世帯主からみた関係  世帯主本人  世帯員( )  その他( ) Other ( / Head of household / Other

Use this field for any information that doesn't fit in the standard categories above. The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household.

10 世帯主 氏名 Head of household / Full name

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.

11 (個人番号) My Number (Individual Number)

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

12 (※代理人が申請する場合は、原則として、別途、委任状等の各市町村が適当と認める書類の添付が必要です。)

Letter of proxy / Power of attorney / . To do/perform

Required if someone else is filing on your behalf. This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling

13 ※ここから下の太枠内は、交付を希望する人について記入してください。 To do/perform / From

This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling. Used to indicate the starting point (previous address, etc.)



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

## ① 国民健康保険 資格確認書交付申請書

② 大和市長 あて 次のとおり申請します。

|             |  |
|-------------|--|
| ③ 申請日       | ④ 年 月 日  |
| ⑤ 氏名        | ⑥ 電話   |
| ⑦ 申請者<br>住所 | -  |
| ⑧ 世帯主からみた関係 | <input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 世帯員( ) <input type="checkbox"/> その他( ) |
| ⑨ 世帯主 氏名    | ⑩ (個人番号)   |

(※代理人が申請する場合は、原則として、別途、委任状等の各市町村が適当と認める書類の添付が必要です。)

⑪ ※ここから下の太枠内は、交付を希望する人について記入してください。

|       |        |
|-------|--------|
| ⑫ 住 所 | ⑬ □ 同上 |
|-------|--------|

⑭ □ 同上 [□ 同上]

⑮ 住 所 Address

Write your complete residential address including postal code, prefecture, city, and building details

## セクション 1 — Section 1 (Part 2/2)

|      |           |   |     |   |
|------|-----------|---|-----|---|
| 1    | フリガナ<br>① | ④ | 男・女 | (申請理由)<br>②<br>1.マイカード紛失・更新中 2.マイカード返納<br>3.介助 4.その他( ) |
| 2 氏名 |           |   |     |   |

## 1 フリガナ Phonetic reading (katakana)

Write the katakana reading of your name. For foreign names, this IS your name in katakana.

## 2 1.マイカード紛失・更新中 2.マイカード返納 Return/surrender

Used when returning official documents or cards (like residence cards, health insurance cards, etc.)

## 3 氏名 Full name

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

## 4 男・女 Male·Female

Circle or check the appropriate gender



Form p.1

## セクション 2 — Section 2 (Part 1/2)

|   |            |     |     |  |
|---|------------|-----|-----|--|
| 1 | ノリカナ<br>氏名 | 3.  | 男・女 | ①(申請理由)<br>1.マイカード紛失・更新中 2.マイカード返納<br>3.介助 4.その他( )<br>⑥(個人番号) |
| 2 | フリガナ<br>氏名 | 10. | 男・女 | ⑧(申請理由)<br>1.マイカード紛失・更新中 2.マイカード返納<br>3.介助 4.その他( )<br>⑬(個人番号) |
|   | フリガナ       |     |     | ⑮(申請理由)<br>1.マイカード紛失・更新中 2.マイカード返納                             |

1.マイカード紛失・更新中 2.マイカード返納 Return/surrender

Used when returning official documents or cards (like residence cards, health insurance cards, etc.)

2 氏名 Full name

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

3 男・女 Male· Female

Circle or check the appropriate gender

4 生年月日 Date of birth

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

5 昭・平・令 年 月 日 [昭・平・令 年 月 日]

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 フリガナ Phonetic reading (katakana)

Write the katakana reading of your name. For foreign names, this IS your name in katakana.

8 1.マイカード紛失・更新中 2.マイカード返納 Return/surrender

Used when returning official documents or cards (like residence cards, health insurance cards, etc.)

9 氏名 Full name

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

10 男・女 Male· Female

Circle or check the appropriate gender

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.

12 昭・平・令 年 月 日 [昭・平・令 年 月 日]

13 (個人番号) My Number (Individual Number)

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

14 フリガナ Phonetic reading (katakana)

Write the katakana reading of your name. For foreign names, this IS your name in katakana.

15 1.マイカード紛失・更新中 2.マイカード返納 Return/surrender

Used when returning official documents or cards (like residence cards, health insurance cards, etc.)



## セクション 2 — Section 2 (Part 2/2)

|      |   |   |     |  |
|------|---|---|-----|--|
| 3 氏名 | ① | ② | 男・女 | 1.マイカード紛失・更新中 2.マイカード返納<br>3.介助 4.その他( ) |
|------|---|---|-----|--|

1 氏名 Full name

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

2 男・女 Male· Female

Circle or check the appropriate gender



Form p.1

## セクション3 — Section 3 (Part 1/2)

|                               |                |  |
|-------------------------------|----------------|--|
| 1 生年月日                        | 2 昭・平・令 年 月 日  | 3 (個人番号)   |
| 4 フリガナ                        |                | 5 (申請理由)<br>1.マイナカード紛失・更新中 2.マイナカード返納<br>3.介助 4.その他( ) |
| 6 氏名                          | 7              | 8 男・女  |
| 9 生年月日                        | 10 昭・平・令 年 月 日 | 11 (個人番号)  |
| 12 (記載上の注意)<br>申請理由欄の<br>補足説明 |                |  |

11. 1.マイナカードを紛失した又は更新中で、有効なマイナカードが手元にない  
2.マイナカードを返納する予定である  
3.介助者等の第三者が高齢者又は障害者である被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要があるなど、マイナカードでの受診が困難である  
4.その他  
※マイナカードによるオンライン資格確認を受けることができない事情を具体的に記載ください

1 生年月日 Date of birth

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

2 昭・平・令 年 月 日 [昭・平・令 年 月 日]

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 フリガナ Phonetic reading (katakana)

Write the katakana reading of your name. For foreign names, this IS your name in katakana.

5 1.マイナカード紛失・更新中 2.マイナカード返納 Return/surrender

Used when returning official documents or cards (like residence cards, health insurance cards, etc.)

6 氏名 Full name

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

7 男・女 Male·Female

Circle or check the appropriate gender

8 生年月日 Date of birth

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

9 昭・平・令 年 月 日 [昭・平・令 年 月 日]

10 (個人番号) My Number (Individual Number)

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

11 1.マイナカードを紛失した又は更新中で、有効なマイナカードが手元にない

My Number Card / My Number Card / My Number Card

This refers to the plastic IC card version of your My Number (individual number). Different from the paper notification. 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.

12 3.介助者等の第三者が高齢者又は障害者である被保険者本人に同行して本人の資格確認 Qualification

Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)

13 (記載上の注意) 4.その他 Other

Use this section for any additional information not covered in other fields



## セクション3 — Section 3 (Part 1/2) (continued)

|   |                  |   |
|---|------------------|---|
| 1<br>生年月日   | 2<br>昭・平・令 年 月 日 | 3<br>(個人番号)   |
| 4<br>フリガナ<br>氏名   |                  | 5<br>(申請理由)<br>1.マイナカード紛失・更新中 2.マイナカード返納<br>3.介助 4.その他( ) |
| 6<br>生年月日   | 7<br>昭・平・令 年 月 日 | 8<br>(個人番号)   |
| <p>11<br/>1.マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない<br/>2.マイナンバーカードを返納する予定である<br/>3.介助者等の第三者が高齢者又は障害者である被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要があるなど、マイナンバーカードでの受診が困難である<br/>4.その他<br/>※マイナンバーカードによるオンライン資格確認を受けることができない事情を具体的に記載ください</p> |                  |   |
| <p>10<br/>(記載上の注意)<br/>申請理由欄の<br/>13<br/>補足説明</p>   |                  |   |

※マイナンバーカードによるオンライン資格確認を受けることができない事情を具体的に記

My Number Card / My Number Card / Online

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

14  
補足説明 [補足説明]

15

## セクション3 — Section 3 (Part 2/2)

1 (注)マイナンバーカードを取得してない方、マイナンバーカードを取得しているが保険証利用  
2 登録を行っていない方には、申請によらず資格確認書が交付されるため、申請の必要はありません。

1 (注)マイナンバーカードを取得してない方、マイナンバーカードを取得しているが保険証利用

My Number Card / My Number Card / My Number Card

This refers to the plastic IC card version of your My Number (individual number). Different from the paper notification. 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.

2 りません。 [りません。]



Form p.1

## セクション 4 — Section 4

|                    |                   |  |
|--------------------|-------------------|--|
| 3<br>事務<br>処理<br>欄 | 被保険者番号 :          | 1<br>本人確認書類<br>マケ・免許・ハスボート・在留・年金手帳・<br>他 [ ] |
|                    | 資格確認書 : 窓口／郵送     | 2  |
|                    | 入力日 :     ・     ・ | 3<br>処理 :     審査 :                           |

1 本人確認書類 : マケ・免許・ハスボート・在留・年金手帳・ Identity verification documents / Pension

Documents that prove your identity. Primary: Residence Card, Passport, My Number Card. Secondary: Health Insurance Card, Driver's License. Select your pension type (National Pension, Employee Pension, etc.)

2 他 [ ] [他 [ ]]

3 資格確認書 : 窓口 / 郵送 Qualification

Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)

4 処理 : 審査 : Processing

Staff use - processing status. 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