



国民健康保険
限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

被保険者証記号番号	06-	枝番	個人番号	- - -
対象者氏名		生年月日	年 月 日	

藤沢市長

申請のとおり、関係書類を添えて国民健康保険限度額適用認定証、又は国民健康保険標準負担額減額認定証、又は国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

なお、交付手続きにあたり、私の属する世帯の市民税の課税状況調査・確認については、課税台帳により行うことに同意します。

年 月 日	住所 藤沢市
申請者 (世帯主)	氏名 (個人番号 - - -) (窓口にきた方)
電話	
負傷原因 第三者行為(交通事故等)で ある ・ ない	

送付先を変更される場合はご記入ください(住所以外)

送付先希望住所	〒 - - -
---------	---------

保険年金課 使用欄

資格の有無	年 月 日
認定証区分	
発効期日	年 月 日
非課税確認資料	1. 非課税証明書 2. 保護申請却下通知書 3. 他認定証 4. その他()
保険料納付状況	未納無 ・ 未納有 (担当者:)

※市民税非課税世帯で申請日の属する月以前12ヶ月内に90日を超えて入院されている場合

長期入院	非該当 ・ 該当 (日)
長期該当年月日	年 月 日
入院日数確認資料	1. 領収書の写し 2. 給付記録 3. レセプト 4. その他()
前年度長期証発行有無(8月申請)	無 () ・ 有 (年 月 日)

1 資格照会 2 賦課照会 2 収納照会 3 前期高齢 3,4 課非照会 4 交付一覧 6, 7 給付照会 国保メモ

保険年金課・市民センター使用欄(保険年金課 国保給付担当 内線3211)

センター受付者	国保給付対応者	受付内容 (5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>)	認定証区分 (5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>)	確認欄
		1. 新規 2. 再交付 3. 食事の長期申請 4. 差替 5. その他	ア・イ・ウ・エ オ・食事のみ 現I・現II 低I・低II	個人番号 <input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/>

Fujisawa — 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 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書		
③ 被保険者証記号番号	06-	④ 枝番	⑤ 個人番号	⑥ - - -
⑦ 対象者氏名		⑧ 生年月日	⑨ 年 月 日	
⑩ 藤沢市長 申請のとおり、関係書類を添えて国民健康保険限度額適用認定証、又は国民健康保険標準負担額減額認定証、又は国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。 なお、交付手続きにあたり、私の属する世帯の市民税の課税状況調査・確認については、課税台帳により行うことにして同意します。				
⑪ 年 月 日	⑫ 住所	藤沢市		
申請者	⑬ 氏名	⑭ (個人番号)	- - -)

1 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.

2 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書 [限度額適用・標準負担額減額認定 申請書]

3 被保険者証記号番号 0 6 - [被保険者証記号番号 0 6 -]

4 個人番号 My Number (Individual Number)

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

5 - - - -

6 枝番 [枝番]

7 対象者氏名 Full name

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

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 年 月 日 [年 月 日]

10 申請のとおり、関係書類を添えて国民健康保険限度額適用認定証、又は国民健康保険標準負担額減額認定証 National Health Insurance

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

11 なお、交付手続きにあたり、私の属する世帯の市民税の課税状況調査・確認については、課税台帳により行う To do/perform

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

12 年 月 日 Year Month Day

Fill in the date using the Japanese calendar format (year/month/day with numbers only)

13 住所 藤沢市 Address

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

14 氏名 Full name

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



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

		① 国民健康保険 ② 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書		
③ 被保険者証記号番号	06-	④ 枝番	⑤ 個人番号	⑥ - - -
⑦ 対象者氏名		⑧ 生年月日	⑨ 年 月 日	
⑩ 藤沢市長 申請のとおり、関係書類を添えて国民健康保険限度額適用認定証、又は国民健康保険標準負担額減額認定証、又は国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。 ⑪ なお、交付手続きにあたり、私の属する世帯の市民税の課税状況調査・確認については、課税台帳により行うことにして同意します。				
⑫ 年 月 日	⑬ 住所	藤沢市		
申請者	⑭ 氏名	⑮ (個人番号 - - -)		

(⑮ 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)

① 申請者 (世帯主)	氏名	(個人番号 - - - -)
	(窓口にきた方)	
② 電話		
③ 負傷原因	第三者行為(交通事故等)で ある・ない	
④ 送付先を変更される場合はご記入ください(住所以外)		
⑤	<input type="checkbox"/> [〒 -]	

1 (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.

2 (窓口にきた方) [(窓口にきた方)]

3 電話 Phone number

Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.

4 負傷原因 第三者行為(交通事故等)で ある・ない [負傷原因 第三者行為(交通事故等)で ある・ない]

5 送付先を変更される場合はご記入ください(住所以外) Address / Change

Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address. Check this box if you are making changes to existing information

6 〒 - [〒 -]



Form p.1

セクション 2 — Section 2 (Part 1/2)

① 送付先を変更される場合はご記入ください(住所以外)	
② 送付先希望住所	〒 -
③ 保険年金課 使用欄	
④ 資格の有無	⑤ 年 月 日
⑥ 認定証区分	
⑦ 発効期日	⑧ 年 月 日
⑨ 非課税確認資料	⑩ 1. 非課税証明書 2. 保護申請却下通知書 3. 他認定証 4. その他()
⑪ 保険料納付状況	⑫ 未納無 ・ 未納有 (担当者:)
⑬ ※市民税非課税世帯で申請日の属する月以前12ヶ月内に90日を超えて入院されている場合	
⑭ 長期入院	⑮ 非該当 ・ 該当 (日)

1 送付先を変更される場合はご記入ください (住所以外) Address / Change

Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address. Check this box if you are making changes to existing information

2 〒 - [〒 -]

3 送付先希望住所 [送付先希望住所]

4 保険年金課 使用欄 Pension

Select your pension type (National Pension, Employee Pension, etc.)

5 資格の有無 Presence/absence of / Qualification

This is typically part of a longer phrase asking whether something exists or not

- look for the full context Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)

6 年 月 日 [年 月 日]

7 認定証区分 [認定証区分]

8 年 月 日 [年 月 日]

9 非課税確認資料 [非課税確認資料]

10 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

11 保険料納付状況 [保険料納付状況]

12 未納無 ・ 未納有 (担当者 :) [未納無 ・ 未納有 (担当者 :)]

13 ※市民税非課税世帯で申請日の属する月以前 12 ヶ月内に 90 日を超えて入院されている場合 To do/perform

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

14 長期入院 [長期入院]

15 非該当 ・ 該当 (日) [非該当 ・ 該当 (日)]



セクション 2 — Section 2 (Part 2/2)

長期入院	非該当	・	該当()	日
① 長期該当年月日	② 年	月	日	
④ 入院日数確認資料	1. 領収書の写し 2. 納付記録 3. レセプト 4. その他()			
⑤ 前年度長期証発行有無(8月申請)	無()	・	有()	年 月 日
⑥ 1 資格照会 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 賦課照会 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑦ 2 収納照会 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	⑧ 3 前期高齢 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

1 長期該当年月日 [長期該当年月日]

2 年 月 日 [年 月 日]

3 1. 領収書の写し 2. 納付記録 3. レセプト Copy

Refers to certified copies of documents that may be required

4 入院日数確認資料 [入院日数確認資料]

5 前年度長期証発行有無(8月申請)無()・有() 年 月 日
[前年度長期証発行有無(8月申請)無()・有()年 月 日]6 1 資格照会 2 賦課照会 Qualification

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

7 2 収納照会 [2 収納照会

8 3 前期高齢 [3 前期高齢

Generated 2026-02-17 from github.com/wkesner/japan-forms | Not an official government document

Form p.1

セクション3 — Section 3

- 1 資格照会 2 税課照会 2 収納照会 3 前期高齢
 4 課非照会 4 交付一覧 6, 7 給付照会 国保メモ

8 保険年金課・市民センター使用欄(保険年金課 国保給付担当 内線3211)

センター受付者	国保給付対応者	受付内容 (5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>)	認定証区分 (5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>)	確認欄
		1. 新規 2. 再交付 3. 食事の長期申請 4. 差替 5. その他	9 ア・イ・ウ・エ 10 カ・食事のみ 11 現I・現II 12 低I・低II	10 個人番号 <input type="checkbox"/> 13 本人確認 <input type="checkbox"/>

1 資格照会 2 税課照会 Qualification

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

2 収納照会 [2 収納照会

3 前期高齢 [3 前期高齢

4 課非照会 4 交付一覧 6, 7 給付照会 国保メモ
 [3, 4 課非照会 4 交付一覧 6, 7 給付照会 国保メモ

5 保険年金課・市民センター使用欄(保険年金課 国保給付担当 内線3211) Pension

Select your pension type (National Pension, Employee Pension, etc.)

6 認定証区分 (5) [認定証区分 (5)]

7 確認欄 [確認欄]

8 1. 新規 [1. 新規]

9 ア・イ・ウ・エ [ア・イ・ウ・エ]

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 3. 食事の長期申請 [3. 食事の長期申請]

12 現I・現II [現I・現II]

13 本人確認 [本人確認

14 5. その他 Other

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



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