

年 月 日

次のとおり申請します。

窓口に来た人(申請者本人の場合は記載不要)	
氏名	申請者との関係
住所	電話 ( )
代行	(地域高齢者支援センター・居宅介護支援事業所・地域密着型介護老人福祉施設・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)
上記事業者へ申請代行を依頼します。 被保険者氏名	

被保険者（認定を受ける方）	介護保険 被保険者番号																				個人 番号															
	医療保 険	種別	<input type="checkbox"/> 秦野市国保 <input type="checkbox"/> 神奈川県後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 無																																	
		保険者名															保険者番号																			
		被保険者証	記号														番号																			
	氏名	ふりがな														性別		男 ・ 女																		
																生年月日		年      月      日																		
	住所	※上記住所に <input type="checkbox"/> 居住している <input type="checkbox"/> 居住していない                  電話                  (                  )																																		
	上記住所に居住して いない場合	入院・入所先の住所等、または居住地住所																																		
		住所														電話                  (                  )																				
		施設名														病棟                  階                  号室																				
	入院(入所)予定期間                  年      月      日～                  年      月      日																																			
前回又は現在の要介護認定結果等    ※更新認定・区分変更認定の場合のみ記入																																				
要介護状態区分		1		2		3		4		5		要支援状態区分		1		2																				
有効期間										年      月      日										～                  年      月      日																
区分変更申請の理由																																				
主治医	医療機関名																診療科																			
	所在地																医師名																			
電話                  (                  )																																				
14日以内に他自治体から転入した方																																				
転出元市町村名 【    】																																				
現在、転出元市町村に要介護・要支援認定を申請中ですか。                  はい                  いいえ																																				
(すでに認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。                  申請日                  年      月      日																																				
第2号被保険者の方 (40～64歳)										特定疾病名																										

代筆者氏名

# Hadano — 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 in

## 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)

第7号様式 (省令第35条、第40条、第42条、第49条、第54条、第55条の2関係)

介護保険 要介護/要支援/要介護更新/要支援更新/要介護・要支援区分変更 認定申請書

☐新規 ☐更新 ☐要介護・要支援状態区分変更 ☐新規(要支援者の要介護への区分変更) ☐転入

※上の該当するものに「レ」点をつけてください。

年 月 日

(宛先)

秦野市長

次のとおり申請します。

窓口に来た人(申請者本人の場合は記載不要)

氏名

申請者との関係

住所

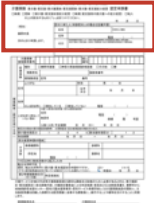
電話 ( )

代行

(地域高齢者支援センター・居宅介護支援事業所・地域密着型介護老人福祉施設  
指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)

上記事業者へ申請代行業を依頼します。 被保険者氏名

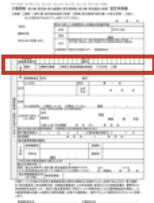
- 第7号様式 ( 省令第35条、第40条、第42条、第49条、第54条、第55条の2関係 )  
[第7号様式 ( 省令第35条、第40条、第42条、第49条、第54条、第55条の2関係 ) ]
- ☐新規 ☐更新 ☐要介護・要支援状態区分変更 ☐新規(要支援者の要介護への区分変更) ☐転入  
Moving in (from another municipality or abroad) / Change  
Check this box if you are making changes to existing information
- ※上の該当するものに「レ」点をつけてください。 To do/perform  
This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text  
before filling
- 年 月 日 [年 月 日]
- 窓口に来た人 ( 申請者本人の場合は記載不要 ) [窓口に来た人 ( 申請者本人の場合は記載不要 ) ]
- ( 宛先 ) [( 宛先 ) ]
- 氏名 Full name  
Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.
- 申請者との関係 [申請者との関係]
- 秦野市長 [秦野市長]
- 住所 Address  
Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct  
kanji for your address.
- 電話 ( ) [電話 ( ) ]
- 次のとおり申請します。 .
- ・ 指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院 )  
[・ 指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院 ) ]
- 代行 [代行]
- 上記事業者へ申請代行業を依頼します。 被保険者氏名 Full name / .  
Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.



セクション 1 — Section 1 (Part 2/2)

介護保険 被保険者番号												個人 番号											
医療 種別												□ 秦野市国保   □ 神奈川県後期高齢者医療   □ その他   □ 無											
保険者名												保険者番号											

- 1個人 [個人]
- 2被保険者番号 Insured Person Number  
Enter your health insurance member number found on your insurance card (国民健康保険証 or employee insurance card)
- 3種別 [種別]
- 4□ 秦野市国保   □ 神奈川県後期高齢者医療   □ その他   □ 無 Late-stage elderly (75+) / Other / None/Not applicable  
Medical insurance category for those 75 and older. Different system from regular National Health Insurance. Use this section for any additional information not covered in other fields
- 5保険者名 [保険者名]
- 6保険者番号 [保険者番号]



<div> <div>療養保険</div> <div>被保険者（認定者）</div> </div>	<div>1 保険者名</div>	<div>2 保険者番号</div>		
	<div>3 被保険者証</div>	<div>4 番号</div>		
	<div>5 氏名</div>	<div>6 ふりがな</div>	<div>7 性別</div>	<div>8 男</div> <div>9 女</div>
		<div>10 生年月日</div>	<div>11 年</div> <div>12 月</div> <div>13 日</div>	
	<div>14 住所</div>	<div>15 ※上記住所に</div> <div>16 <input type="checkbox"/> 居住している <input type="checkbox"/> 居住していない</div> <div>17 電話 (       )</div>		
	<div>18 上記住所に居住して</div>	<div>19 入院・入所先の住所等、または居住地住所</div> <div>20 住所</div> <div>21 電話 (       )</div>		

- 
- Figure 1 shows a completed Form 1041-SS for the year 2012. The form is for a sole proprietorship. The gross income is \$10,000, and the net income is \$10,000. The tax liability is \$1,000. The form is signed by the owner, John Doe, and dated 01/15/2013.

セクション 2 — Section 2 (Part 2/2)

認定 者	上記住所に居住して いない場合	施設名	電話 ( )	病棟	階	号室
---------	--------------------	-----	--------	----	---	----

- 1施設名 [施設名]
- 2いない場合 [いない場合]
- 3病棟 階 号室 [病棟 階 号室]



セクション 3 — Section 3 (Part 1/2)

認定を受ける方

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

施設名

病棟

階

号室

電話

（

）

入院（入所）予定期間

年

月

日

～

年

月

日

前回又は現在の要介護認定結果等 ※更新認定・区分変更認定の場合のみ記入

要介護状態区分

1

2

3

4

5

要支援状態区分

1

2

有効期間

年

月

日

～

年

月

日

区分変更申請の理由

医療機関名

診療科

主治医

所在地

電話

（

）

医師名

14日以内に他自治体から転入した方

転出元市町村名【

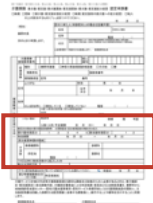
】

現在、転出元市町村に要介護・要支援認定を申請中ですか。

はい

いいえ

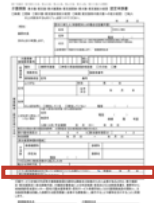
- 1 施設名 [施設名]
- 2 いない場合 [いない場合]
- 3 病棟 階 号室 [病棟 階 号室]
- 4 入院（入所）予定期間 年 月 日～ 年 月 日 [入院（入所）予定期間 年 月 日～ 年 月 日]
- 5 前回又は現在の要介護認定結果等 ※更新認定・区分変更認定の場合のみ記入 Change  
Check this box if you are making changes to existing information
- 6 方要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分  
[方要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分]
- 7 1 2 [1 2]
- 8 有効期間 年 月 日～ 年 月 日  
[有効期間 年 月 日～ 年 月 日]
- 9 区分変更申請の理由 Change  
Check this box if you are making changes to existing information
- 10 医療機関名 [医療機関名]
- 11 診療科 [診療科]
- 12 所在地 [所在地]
- 13 医師名 [医師名]
- 14 電話（ ） [電話（ ）]
- 15 現在、転出元市町村に要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい いいえ No / Moving out / Yes  
Select this option to indicate 'no' or negative response to the question Check this box or circle this option to indicate 'yes' or agreement



セクション 3 — Section 3 (Part 2/2)

	現在、転出元市町村に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (すでに認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。	はい <span>1</span> 申請日	いいえ 年 月 日	
	第2号被保険者の方 <span>2</span> (40~64歳)	特定疾病名 <span>3</span>		

- 1 申請日 年 月 日 [申請日 年 月 日]
- 2 第2号被保険者の方 [第2号被保険者の方]
- 3 特定疾病名 [特定疾病名]
- 4 ( 40 ~ 64歳 ) [ ( 40 ~ 64歳 ) ]



セクション 4 — Section 4

1	第2号被保険者の方 (40～64歳)	2	特定疾病名
---	-----------------------	---	-------

4 介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営及び診療のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、秦野市から  
5 地域高齢者支援センター・居宅介護支援事業所・居宅サービス事業所若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事する調査員に、提示することや複写を交付することに同意します。

6 被保険者氏名

7 代筆者氏名

- 1 第2号被保険者の方 [第2号被保険者の方]
- 2 特定疾病名 [特定疾病名]
- 3 (40～64歳) [(40～64歳)]
- 4 定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、秦野市から Document / From  
Used to indicate the starting point (previous address, etc.)
- 5 治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事する調査員に、提示することや複写を交付することに同意  
To do/perform / Document  
This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling
- 6 被保険者氏名 Full name  
Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.
- 7 代筆者氏名 Full name  
Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.



## 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, kokuho ni kirikae tai desu

I left my company and want to switch to National Health Insurance