

受付印	装具・医療	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職 ( ) 公費: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
	受付者	査定金額 円
		一部負担金 円
		支給金額 円

## 国民健康保険療養費支給申請書

(申請先) 茨木市長

下記のとおり、療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。  
振込先の口座名義人が申請者（世帯主）と異なる場合には、下記口座名義人を代理人とし、  
下記指定口座への振込をもって茨木市からの支払金を受領と認めます。

申請者 住所 .....

(世帯主) 氏名 .....

年 月 日

電話番号 .....

被保険者証 記号 番号	茨国		
療養を受けた 被保険者氏名		生年 月日	年 月 日生
傷病名			
療養期間	年 月 日	~	年 月 日
交通事故等の第三者行為	有・無	装具等装着指示日	年 月 日
診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地			
医療機関名	医師又は、薬剤師の氏名		
所在地			
傷病の原因			
傷病の経過	療養の内容	療養に要した費用 円	
備考 :			

## 口座振替依頼先

金融機関名	支店名	種目
銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店	普通(総合) 当座
		口座番号
		.....
口座名義人	フリガナ	整理番号
	名義人	
※ 年 月末日支払予定		

# Ibaraki Osaka — 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

受付印	② 装具・医療	③ 受付者	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職 ( ) 公費: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
			査定金額 円	
			一部負担金 円	
			支給金額 円	

① 一般 退職 ( ) 公費: なし あり ( ) [ 一般 退職 ( ) 公費: なし あり ( ) ]

② 装具・医療 [装具・医療]

③ 一部負担金 Partial

Used when making changes to only some family members or partial updates to registration



Form p.1

## セクション 2 — Section 2 (Part 1/2)

國 民 健 康 保 険 療 養 費 支 給 申 請 書	
(申請先) 茨木市長	
<small>③ 下記のとおり、療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 振込先の口座名義人が申請者（世帯主）と異なる場合には、下記口座名義人を代理人とし、 下記指定口座への振込をもって茨木市からの支払金を受領と認めます。</small>	
⑤ 申請者	④ 住 所
⑥ (世帯主)	⑦ 氏 名
⑨ 年 月 日	⑩ 電話番号
⑫ 被保険者証 記号 番号	⑬ 茨国
⑭ 療養を受けた 被保険者氏名	⑮ 生年 月日
⑯ 傷病名	⑰ 年 月 日生

1 国民健康保険療養費支給申請書 [国民健康保険療養費支給申請書]

2 (申請先) 茨木市長 [(申請先) 茨木市長]

3 振込先の口座名義人が申請者（世帯主）と異なる場合には、下記口座名義人を代理人とし、  
Account holder name / Head of household

Must match the name on the account exactly — usually in katakana. The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household.

4 住 所 [住所]

5 申 請 者 [申請者]

6 (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.

7 氏 名 [氏名]

8 (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.

9 年 月 日 Year Month Day

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

10 電話番号 Phone number

Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.

11 茨国 [茨国]

12 記号 番号 [記号 番号]

13 療養を受けた [療養を受けた]

14 年 月 日生 [年 月 日生]

15 傷病名 [傷病名]



## セクション 2 — Section 2 (Part 2/2)

① 療養期間	年 月 日 ~	年 月 日	日間
② 交通事故等の第三者行為	③ 有・無	④ 装具等装着指示日	年 月 日

1 療養期間 年 月 日 ~ 年 月 日 日間 days

Usually follows a number to indicate duration in days

2 有・無 Yes / No

Circle or check the appropriate option

3 交通事故等の第三者行為 [交通事故等の第三者行為]

4 装具等装着指示日 年 月 日 [装具等装着指示日 年 月 日]



## セクション3 — Section 3

② 交通事故等の第三者行為	① 有・無	③ 装具等装着指示日	年 月 日
④ 診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地			
⑤ 医療機関名	⑥ 医師又は、薬剤師の氏名		
⑦ 所在地			
⑧ 傷病の原因			
⑨ 傷病の経過	⑩ 療養の内容	⑪ 療養に要した費用	円
⑫ 備考 :			
口座振替依頼先			
金 融 機 関 名	支 店 名	種 目	

1 有・無 Yes / No

Circle or check the appropriate option

2 交通事故等の第三者行為 [交通事故等の第三者行為]

3 装具等装着指示日 年 月 日 [装具等装着指示日 年 月 日]

4 診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地 Other / Location

Use this section for any additional information not covered in other fields Used  
for business/organization address or property location rather than personal  
residence

5 医療機関名 [医療機関名]

6 医師又は、薬剤師の氏名 Full name

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

7 所在地 Location

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

8 傷病の経過 [傷病の経過]

9 療養の内容 [療養の内容]

10 療養に要した費用 [療養に要した費用]

11 備考 : Remarks / Notes

Space for additional information or special circumstances. Usually optional.

12 口座振替依頼先 [口座振替依頼先]



## セクション 4 — Section 4

金融機関名	支店名	種目
③銀行 ④信用金庫 ⑤信用組合 ⑥農協	④支店	①普通(総合) ②当座
		口座番号
⑦口座名義人	⑧フリガナ	⑨整理番号
※ 年 月末日支払予定		

1 普通(総合) [普通(総合)]

2 当座 [当座]

3 信用金庫 [信用金庫]

4 支店 [支店]

5 農協 [農協]

6 フリガナ Phonetic reading (katakana)

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

7 口座名義人 Account holder name

Must match the name on the account exactly — usually in katakana.

8 名義人 [名義人]

9 整理番号 [整理番号]

10 ※ 年 月末日支払予定 [※ 年 月末日支払予定]



## 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