

第3号様式(第13条)

国民健康保険療養費支給申請書

										年 月 日	
(宛先)鎌倉市長					住所 _____						
					世帯主 氏名 _____ (印)						
					電話 () _____						
次のとおり、療養に要した費用に関する証 拠書類を添えて申請します。										個人番号 _____	
										<input type="checkbox"/> この診療は、第三者行為（事故・喧嘩等）によるものではありません。	
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		05ー			被保険者氏名				世帯主 と の 続 柄		
発 病 ・ 負 傷 年 月 日		. .			生年月日 年 月 日		個 人 番 号				
傷 病 名					療 養 期 間		年 月 日から				
対 象 者 区 分		<input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被保険者本人 <input type="checkbox"/> 退職被保険者家族			<input type="checkbox"/> 就学時前 <input type="checkbox"/> 65～69歳 <input type="checkbox"/> 高齢一般 <input type="checkbox"/> 高齢一定以上		<input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> ひとり親				
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											
診療又は、調剤に従事した医師、歯科医師及び薬剤師の氏名											
療養の給付を受けることができなかった理由											
発 病 の 原 因					療 養 の 内 容						
傷 病 の 経 過					療養に要した費用		円				
審 査 決 定 金 額		円			支 給 金 額 7・8・9・10割		円				
次のとおり決定してよいでしょうか。(伺い)					起 案		. .				
課 長		課長補佐		係 長		係		担 当		決 裁	
										. .	
区分		<input type="checkbox"/> 承認します <input type="checkbox"/> 承認しません (理由)			承認 番号						
					支 給 簿 番 号						
受付		審査依頼 . .			審査終了受付 . .		支給 . .				
		口座振込		銀行 本店 支店				<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金			
		口座番号			口座名義(カタカナ)						

Kamakura — 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

1第3号様式(第13条)

2国民健康保険療養費支給申請書

3年 月 日

4(宛先)鎌倉市長

5住所

6世帯主 氏名

7電話 ()

8次のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

9個人番号

10この診療は、第三者行為(事故・喧嘩等)によるものではありません。

11世帯主との

12被保険者氏名

13被保険者記号・番号 05-

14続柄

- 1第3号様式(第13条)

[第3号様式(第13条)]
- 2国民健康保険療養費支給申請書

National Health Insurance

Japan's public health insurance for self-employed, unemployed, and those not covered by employer insurance. Enrollment is mandatory.
- 3年 月 日

[年 月 日]
- 4(宛先)鎌倉市長

[(宛先)鎌倉市長]
- 5住所

Address

Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address.
- 6世帯主 氏名

印

Head of household / Full name / Seal (inkan / hanko)

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.
- 7電話 ()

[電話 ()]
- 8次のとおり、療養に要した費用に関する証拠

To do/perform

This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling
- 9個人番号

My Number (Individual Number)

12-digit number. Leave blank on first registration — it will be mailed to you after.
- 10この診療は、第三者行為(事故・喧嘩等)によるものではありません。

[この診療は、第三者行為(事故・喧嘩等)によるものではありません]
- 11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.
- 12被保険者氏名

Full name

Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.
- 13記号・番号

[記号・番号]
- 14続柄

Relationship to head of household

See relationship terms table.



セクション 2 — Section 2

記号・番号	05ー	続柄	
発病・負傷 年 月 日	・	生年月日 年 月 日	個人番号
傷病名	療養期間		年 月 日から
対象者区分	<div><div><input type="checkbox"/> 一般被保険者</div><div><input type="checkbox"/> 退職被保険者本人</div><div><input type="checkbox"/> 退職被保険者家族</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> 就学時前</div><div><input type="checkbox"/> 65～69歳</div><div><input type="checkbox"/> 高齢一般</div><div><input type="checkbox"/> 高齢一定以上</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> 乳児</div><div><input type="checkbox"/> 障害</div><div><input type="checkbox"/> ひとり親</div></div>		

- 1 記号・番号 [記号・番号]
- 2 続柄 Relationship to head of household
See relationship terms table.
- 3 発病・負傷 [発病・負傷]
- 4 個人 [個人]
- 5 ・ ・ [・ ・]
- 6 年 月 日 番号 [年 月 日 番号]
- 7 療養期間 [療養期間]
- 8 年 月 日から From
Used to indicate the starting point (previous address, etc.)
- 9 ☐ 一般被保険者 [☐ 一般被保険者]
- 10 ☐ 乳児 [☐ 乳児]
- 11 ☐ 65～69歳 [☐ 65～69歳]
- 12 対象者区分 ☐ 退職被保険者本人 [対象者区分 ☐ 退職被保険者本人]
- 13 ☐ 退職被保険者家族 [☐ 退職被保険者家族]
- 14 ☐ ひとり親 [☐ ひとり親]
- 15 ☐ 高齢一定以上 [☐ 高齢一定以上]



セクション 3 — Section 3

<div>1</div> <div><input type="checkbox"/>退職被保険者家族</div>	<div>2</div> <div><input type="checkbox"/>高年齢一定以上</div>	<div>3</div> <div><input type="checkbox"/>ひとり親</div>
<div>4</div> <div>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</div>		
<div>5</div> <div>診療又は、調剤に従事した医師、歯科医師及び薬剤師の氏名</div>		
<div>6</div> <div>療養の給付を受けることができなかった理由</div>		
<div>8</div> <div>発病の原因</div>	<div>9</div> <div>療養の内容</div>	
<div>10</div> <div>傷病の経過</div>	<div>11</div> <div>療養に要した費用</div>	円
<div>12</div> <div>審査決定金額</div>	<div>13</div> <div>支給金額</div>	円

- 1

☐退職被保険者家族

☐退職被保険者家族
- 2

☐ひとり親

☐ひとり親
- 3

☐高年齢一定以上

☐高年齢一定以上
- 4

院、診療所、薬局その他の者の名称及

Other

Use this section for any additional information not covered in other fields
- 5

診療又は、調剤に従事した医師、歯科

[診療又は、調剤に従事した医師、歯科]
- 6

療養の給付を受

[療養の給付を受]
- 7

なかった理由

[なかった理由]
- 8

発病の原因

[発病の原因]
- 9

療養の内容

[療養の内容]
- 10

傷病の経過

[傷病の経過]
- 11

療養に要した費用

[療養に要した費用]
- 12

審査決定金額

[審査決定金額]
- 13

7・8・9・10割

[7・8・9・10割]



セクション 4 — Section 4

審査決定金額		円		又 和 金 額		円	
7・8・9・10割							
次のとおり決定してよいでしょうか。		(伺い)		起 案		.	
課 長 課長補佐 係 長 係 担 当		決 裁				.	
承認 番 号							
区分		□承認します □承認しません (理由)		支給簿番号			
受付		審査依頼		審査終了受付		支給	

- 1 審査決定金額 [審査決定金額]
- 2 7・8・9・10割 [7・8・9・10割]
- 3 次のとおり決定してよいでしょう [次のとおり決定してよいでしょう]
- 4 (伺い) 起 [(伺い) 起]
- 5 . . [. .]
- 6 課 長 課長補佐 係 長 [課 長 課長補佐 係 長]
- 7 担 当 決 [担 当 決]
- 8 . . [. .]
- 9 区分 [区分]
- 10 支給簿番号 [支給簿番号]
- 11 (理由) [(理由)]
- 12 審査依頼 [審査依頼]
- 13 審査終了受付 Reception / Received
Staff use - indicates form was received. Do not fill in.
- 14 支給 [支給]
- 15 受付 Reception / Received
Staff use - indicates form was received. Do not fill in.



セクション 5 — Section 5

5 受付	1 理由	2 審査依頼	3 審査終了受付	4 支給	6	8	11 本店 支店	10 <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
		12 口座 振込	口座番号	13 口座名義(カタカナ)				

- 1 (理由) [(理由)]
- 2 審査依頼 [審査依頼]
- 3 審査終了受付 Reception / Received
Staff use - indicates form was received. Do not fill in.
- 4 支給 [支給]
- 5 受付 Reception / Received
Staff use - indicates form was received. Do not fill in.
- 6 . . [. .]
- 7 . . [. .]
- 8 . . [. .]
- 9 銀行 本店 [銀行 本店]
- 10 ☐ 普通預金 [☐ 普通預金]
- 11 支店 [支店]
- 12 振口座番号 Account number
Your bank account number (usually 7 digits).
- 13 口座名義(カタカナ) Account holder name
Must match the name on the account exactly — usually in katakana.



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