

第3号様式

記載例

## 介護保険被保険者証等（交付・再交付）申請書

相模原市長 あて

令和〇年〇月〇〇日

① どなたの分が必要ですか

被保険者	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 0 0	
	フリガナ	サガミ タロウ		生年月日	明・大・昭〇年〇月〇〇日
	氏名	相模 太郎		性別	男・女
	住所	相模原市中央区中央〇丁目〇番〇号		住民登録地をご記入ください。	

② 申請をするのはどなたですか

申請者	フリガナ	サガミ ハナコ	被保険者との続柄	妻
	氏名	相模 花子	電話番号 (平日の昼間に連絡できる番号)	〇〇〇(△△△△)□□□□
	※本人の場合、住所の記載は不要			
	住所	相模原市中央区中央〇丁目〇番〇号		

申請者は本人又は代理人です。

③ 必要なものは何ですか（〇で囲んでください。複数の証の選択も可能です）

再交付する証明書	1 被保険者証	2 資格者証	3 受給資格証明書
	④ 負担割合証（適用期間：令和〇年8月1日～翌年7月31日分）		
	5 負担限度額認定証	6 社会福祉法人等による利用者負担軽減確認証	

④ 再交付の理由は何ですか（〇で囲んでください）

再交付申請の理由	① 紛失・焼失	2 破損・汚損
	3 その他（ ）	

⑤ 2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入してください

医療保険者名	医療保険被保険者証 記号・番号
--------	--------------------

以下は市記入欄ですので記入しないでください（二重枠内は受付者が記入してください）

旧被保険者証	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収	その他証類	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収	受付者	介護処理	
送付先変更同時受付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	資格者証	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 未交付		1~3	4~6
被保証・その他証類同時発送	<input type="checkbox"/>	郵送年月日	/			

番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード（身元確認も兼ねる）
	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票（番号記載有）
<input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 過去作成ファイル	
<input type="checkbox"/> その他（ ）	

身元確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳（身・療・精） <input type="checkbox"/> 旅券
	<input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> その他写真付証明書（ ）
<input type="checkbox"/> 公的医療保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳	
<input type="checkbox"/> その他（ ）	

※写真の無い証明書は2点以上必要

# Sagamihara Chuo — 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 第3号様式

2 記載例

3 介護保険被保険者証等（交付・再交付）申請書

4 相模原市長 あて

5 令和〇年〇月〇〇日

6 ① どなたの分が必要ですか

被 保 険 者	7 被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 0 0	
	9 フリガナ	10 サガミ タロウ	8 生年月日	明・大・昭 〇年〇月〇〇日	
	12 氏名	11 相模 太郎	13 性別	14 男 · 女	
	15 住所	相模原市中央区中央〇丁目〇番〇号			
		住民登録地図上に記入ください。			

1 第3号様式 [第3号様式]

2 記載例 [記載例]

3 介護保険被保険者証等（交付・再交付）申請書 Long-term Care Insurance

Insurance for elderly care services. Mandatory for residents 40+. Premiums deducted with health insurance.

4 相模原市長 あて [相模原市長 あて]

5 令和〇年〇月〇〇日 [令和〇年〇月〇〇日]

6 ① どなたの分が必要ですか [① どなたの分が必要ですか]

7 被保険者番号 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 個人番号 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 0 0 My Number (Individual Number)

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

8 生年月日 明・大・昭 〇年〇月〇〇日 Date of birth

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

9 フリガナ Phonetic reading (katakana)

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

10 サガミ タロウ [サガミ タロウ]

11 相模 太郎 [相模 太郎]

12 氏名 Full name

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

13 性別 Gender

Usually select from options like 男 (male) or 女 (female)

14 男 · 女 [男 · 女]

15 相模原市中央区中央〇丁目〇番〇号 [相模原市中央区中央〇丁目〇番〇号]



## セクション 1 — Section 1 (Part 2/2)

	 住 所	相模原市中央区中央○丁目○番○号	 	住民登録地をご記入ください。
--	---	------------------	---	----------------

## 1 住所 Address

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

2 住民登録地をご記入ください。 [住民登録地をご記入ください。]



## セクション 2 — Section 2 (Part 1/2)

1	2 住 所	1 相模原市中央区中央○丁目○番○号 3 住民登録地をご記入ください。		
4 ② 申請をするのはどなたですか				
申請者	7 フリガナ	9 サガミ ハナコ	6 被保険者との続柄	妻
	10 氏名	11 相模 花子	8 電話番号 (平日の昼間に連絡できる番号)	10 ○○○ (△△△△) □□□□
	※本人の場合、住所の記載は不要			
14 住 所	15 申請者は本人又は代理人です。			

1 相模原市中央区中央○丁目○番○号 [相模原市中央区中央○丁目○番○号]

2 住所 Address

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

3 住民登録地をご記入ください。 [住民登録地をご記入ください。]

4 ② 申請をするのはどなたですか To do/perform

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

5 サガミ ハナコ [サガミ ハナコ]

6 被保険者との続柄 妻 Relationship to head of household

See relationship terms table.

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 電話番号 Phone number

Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.

9 相模 花子 [相模 花子]

10 氏名 Full name

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

11 ○○○ (△△△△) □□□□ [○○○ (△△△△) □□□□]

12 (平日の昼間に連絡できる番号) [(平日の昼間に連絡できる番号)]

13 ※本人の場合、住所の記載は不要 Address

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

14 住 所 Address

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

15 申請者は本人又は代理人です。



## セクション 2 — Section 2 (Part 2/2)

2	住 所	相模原市中央区中央○丁目○番○号	申請者は本人又は代理人です。
---	-----	------------------	----------------

③ 必要なものは何ですか (○で囲んでください。複数の証の選択も可能です)

1	再交付する証明書	3 被保険者証	2 資格者証	3 受給資格証明書
2		4 負担割合証 (適用期間: 令和○年8月1日 ~ 翌年7月31日分)		
3		5 負担限度額認定証	6 社会福祉法人等による利用者負担軽減確認証	

1 相模原市中央区中央○丁目○番○号 [相模原市中央区中央○丁目○番○号]

2 ③ 必要なものは何ですか (○で囲んでください。複数の証の選択も可能です)

[③ 必要なものは何ですか (○で囲んでください。複数の証の選択も可能です)]

3 1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 Qualification

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

4 ○4 負担割合証 (適用期間: 令和○年8月1日 ~ 翌年7月31日分)

[○4 負担割合証 (適用期間: 令和○年8月1日 ~ 翌年7月31日分)]

5 再交付する証明書 To do/perform

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

6 5 負担限度額認定証 6 社会福祉法人等による利用者負担軽減確認証

[5 負担限度額認定証 6 社会福祉法人等による利用者負担軽減確認証]



## セクション3 — Section 3 (Part 1/2)

①	5 負担限度額認定証		6 社会福祉法人等による利用者負担軽減確認証													
④ 再交付の理由は何ですか (○で囲んでください) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">④ 再交付申請の理由</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">③ ① 紛失・焼失      2 破損・汚損</td> <td style="width: 70%; text-align: right;">⑤ 3 その他 ( )</td> </tr> </table>					④ 再交付申請の理由	③ ① 紛失・焼失      2 破損・汚損	⑤ 3 その他 ( )									
④ 再交付申請の理由	③ ① 紛失・焼失      2 破損・汚損	⑤ 3 その他 ( )														
⑥ ⑤ 2号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入してください <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">⑥ 医療保険者名</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 40%;">⑦ 医療保険被保険者証 記号・番号</td> </tr> </table>					⑥ 医療保険者名		⑦ 医療保険被保険者証 記号・番号									
⑥ 医療保険者名		⑦ 医療保険被保険者証 記号・番号														
⑧ 以下は市記入欄ですので記入しないでください (二重枠内は受付者が記入してください) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">⑩ 旧被保険者証</td> <td style="width: 15%;">⑪ □回収 □未回収</td> <td style="width: 15%;">⑫ その他証類</td> <td style="width: 15%;">⑬ □回収 □未回収</td> <td style="width: 15%;">受付者</td> <td style="width: 15%;">⑭ 介護処理</td> </tr> <tr> <td>送付先変更同時受付</td> <td>⑮ □有 □無</td> <td>資格者証</td> <td>□交付 □未交付</td> <td></td> <td>1~3      4~6</td> </tr> </table>					⑩ 旧被保険者証	⑪ □回収 □未回収	⑫ その他証類	⑬ □回収 □未回収	受付者	⑭ 介護処理	送付先変更同時受付	⑮ □有 □無	資格者証	□交付 □未交付		1~3      4~6
⑩ 旧被保険者証	⑪ □回収 □未回収	⑫ その他証類	⑬ □回収 □未回収	受付者	⑭ 介護処理											
送付先変更同時受付	⑮ □有 □無	資格者証	□交付 □未交付		1~3      4~6											

## 1 5 負担限度額認定証 6 社会福祉法人等による利用者負担軽減確認証

[5 負担限度額認定証 6 社会福祉法人等による利用者負担軽減確認証]

2 ④ 再交付の理由は何ですか (○で囲んでください) [④ 再交付の理由は何ですか (○で囲んでください)]

3 ○1 紛失・焼失 2 破損・汚損 [○1 紛失・焼失 2 破損・汚損]

4 再交付申請の理由 [再交付申請の理由]

5 3 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

6 ⑤ 2号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入してください From

Used to indicate the starting point (previous address, etc.)

7 医療保険被保険者証 [医療保険被保険者証]

8 医療保険者名 [医療保険者名]

9 以下は市記入欄ですので記入しないでください (二重枠内は受付者が記入してください) Do not / Reception / Received

This typically appears before other text to indicate something should not be done or does not apply Staff use - indicates form was received. Do not fill in.

10 旧被保険者証 [旧被保険者証]

11 □回収 □未回収 [□回収 □未回収]

12 その他証類 Other

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

13 □回収 □未回収 受付者 Reception / Received

Staff use - indicates form was received. Do not fill in.

14 介護処理 [介護処理]

15 □有 □無 None/Not applicable

Check this box if the item does not apply to you or if you have none to report



## セクション3 — Section 3 (Part 2/2)

<input checked="" type="checkbox"/> ③ 送付先変更同時受付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> ① 資格者証	<input checked="" type="checkbox"/> ② 交付 <input type="checkbox"/> 未交付	1~3	4~6
---	---	--	---	-----	-----

## 1 資格者証 Qualification

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

2  交付  未交付 [  交付  未交付 ]

## 3 送付先変更同時受付 Reception / Received / Change

Staff use - indicates form was received. Do not fill in. Check this box if you are making changes to existing information



## セクション 4 — Section 4

<input checked="" type="checkbox"/> ④ 送付先変更同時受付	<input type="checkbox"/> ① 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> ② 資格者証	<input checked="" type="checkbox"/> ③ □交付 <input type="checkbox"/> 未交付	1~3	4~6
<input checked="" type="checkbox"/> ⑤ 被保証・その他証類同時発送 <input type="checkbox"/>		⑥ 郵送年月日	/		
<input checked="" type="checkbox"/> ⑦ 番号確認 <input type="checkbox"/> 通知カード <input checked="" type="checkbox"/> ⑨ 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> ⑩ 過去作成ファイル <input type="checkbox"/> ⑪ その他 ( )		<input type="checkbox"/> ⑧ 個人番号カード (身元確認も兼ねる) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 (身・療・精) <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> その他写真付証明書 ( ) <input type="checkbox"/> 公的医療保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
※写真の無い証明書は2点以上必要					

- 1  有  無 None/Not applicable  
Check this box if the item does not apply to you or if you have none to report
- 2 **資格者証 Qualification**  
Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)
- 3  交付  未交付 [ 交付  未交付]
- 4 **送付先変更同時受付 Reception / Received / Change**  
Staff use - indicates form was received. Do not fill in. Check this box if you are making changes to existing information
- 5 **被保証・その他証類同時発送 Other**  
Use this section for any additional information not covered in other fields
- 6 **郵送年月日 [郵送年月日]**
- 7 **番号個人番号カード (身元確認も兼ねる)**  身元確認  運転免許証  障害者手帳 (身・療・精)  旅券  
Driver's license / My Number (Individual Number)  
Bring your physical driver's license as identification 12-digit number. Leave blank on first registration — it will be mailed to you after.
- 8 **元運転経歴証明書 その他写真付証明書 ( ) Other**  
Use this section for any additional information not covered in other fields
- 9 **住民基本台帳 過去作成ファイル [住民基本台帳 過去作成ファイル]**
- 10 **公的医療保険の被保険者証 年金手帳 Pension**  
Select your pension type (National Pension, Employee Pension, etc.)
- 11 **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
- 12 **※写真の無い証明書は2点以上必要 [※写真の無い証明書は2点以上必要]**



## 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