

第 1 1 号様式

相模原市 国民健康保険	国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書 限度額適用									
被保険者 記号・番号	10-				適用・減額対象者 個人番号					
適用・減額対象者 氏名					生年月日	昭平 令	年	月	日	世帯主との 続柄
上記のとおり認定証の交付を申請します。										
年 月 日 住 所										
申請者（世帯主）氏 名										
個人番号										
電話番号 自 宅 ()										
緊急連絡先 ()										
相 模 原 市 長 あて ※国民健康保険に関するご連絡に使います。										

○申請月を含めた過去 1 年間に 9 1 日以上 の長期入院をされた方（市民税非課税世帯）のみ
記入してください（入院の事実が確認できる領収書等の写しを添付してください）。※原本不可

①	長期 入院日数	年 月 日～ 年 月 日 (日間)	
	保険医療機関	名 称	
		所在地	
②	長期 入院日数	年 月 日～ 年 月 日 (日間)	
	保険医療機関	名 称	
		所在地	
		長期 入院日数の合計 日間	

身 元 確 認 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人		代 理 権 確 認	
写真有り（1点のみで可）		写真無し（2点以上必要）	
<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード(写真有り)		<input type="checkbox"/> 各種証（国・後・社・介）	
<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留C <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身・療・精)		<input type="checkbox"/> 年金手帳・証書	
<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 医療証（障・親・)	
<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> その他 ()	
番 号 確 認			
<input type="checkbox"/> 番号C <input type="checkbox"/> 通知C <input type="checkbox"/> OL <input type="checkbox"/> その他 ()			
		代 理 人 氏 名	世帯主との続柄

国 保 年 金 課 税 理 欄	認 定 根 拠 区 分		認定証 記 載 年月日	交付年月日	・ ・
	<input type="checkbox"/> 課税O/L確認 <input type="checkbox"/> 証明書等の添付			発 効 期 日	・ ・
	<input type="checkbox"/> その他 ()			有 効 期 限	・ ・
	令和 年 月 日 () 区民課・まちづくりセンター			長期入院該当	・ ・ から
	交付方法	<input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 郵送 { <input type="checkbox"/> 登録地 <input type="checkbox"/> 医療機関 (名称 :)		適 用 区 分	
備考			7 0 歳未満 7 0 歳以上		
			<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ		
			<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ		
			<input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> 長期入院: [<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当]		
			<input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> 現役並みⅠ		
			<input type="checkbox"/> オ <input type="checkbox"/> 現役並みⅡ		
			<input type="checkbox"/> 長期入院: [<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当]		

R6.12

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 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)

1第 1 1 号様式

相模原市
国民健康保険

2国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 3認定申請書

5限度額適用

6被保険者
記号・番号

7適用・減額対象者
個人番号

10適用・減額対象者
氏名

13生年月日

12昭平

14年 月 日

11世帯主との
続柄

15上記のとおり認定証の交付を申請します。

- 1第 1 1 号様式 [第 1 1 号様式]
- 2限度額適用・標準負担額減額 [限度額適用・標準負担額減額]
- 3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.
- 4認定申請書 [認定申請書]
- 5限度額適用 [限度額適用]
- 6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.
- 7適用・減額対象者 [適用・減額対象者]
- 810- - 10- -
- 9記号・番号 [記号・番号]
- 10適用・減額対象者 [適用・減額対象者]
- 11世帯主との Head of household
The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household.
- 12昭平 [昭平]
- 13生年月日 Date of birth
Format: 年(year) 月(month) 日(day). Use Japanese calendar (令和/平成) or Western year.
- 14年 月 日 Year Month Day
Write dates in Japanese format: year/month/day (e.g., 2024/03/15)
- 15上記のとおり認定証の交付を申請します。



セクション 1 — Section 1 (Part 2/2)

上記の住所と認定証の交付を申請します。

1

年 月 日

住所

1 住所 [住所]



セクション 2 — Section 2 (Part 1/2)

上記の住所が認定証の交付を申請します。

年 月 日 住所

申請者（世帯主）氏 名

個人番号

電話番号 自宅 ()

緊急連絡先 ()

相模原市長 あて

※国民健康保険に関するご連絡に使用します。

申請月を含めた過去 1 年間に 9 1 日以上長期入院をされた方（市民税非課税世帯）のみ記入してください（入院の事実が確認できる領収書等の写しを添付してください）。※原本不可

①	長期入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	保険医療機関 名称	
	所在地	
②	長期入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	保険医療機関 名称	
	所在地	

- 1 住所 [住所]
- 2 申請者（世帯主）氏 名 Head of household
The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household.
- 3 個人番号 My Number (Individual Number)
12-digit number. Leave blank on first registration — it will be mailed to you after.
- 4 電話番号 自宅 () Phone number
Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.
- 5 緊急連絡先 () [緊急連絡先 ()]
- 6 相模原市長 あて [相模原市長 あて]
- 7 ※国民健康保険に関するご連絡に使用します。 National Health Insurance / . / To do/perform
Japan's public health insurance for self-employed, unemployed, and those not covered by employer insurance. Enrollment is mandatory. This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling
- 8 記入してください（入院の事実が確認できる領収書等の写しを添付してください）。※原本不可 Copy
Refers to certified copies of documents that may be required
- 9 長期入院日数 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間) [長期入院日数 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)]
- 10 名称 [名称]
- 11 保険医療機関 [保険医療機関]
- 12 所在地 [所在地]
- 13 長期入院日数 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間) [長期入院日数 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)]
- 14 名称 [名称]
- 15 保険医療機関 [保険医療機関]



セクション 2 — Section 2 (Part 2/2)

	保険医療機関	所在地		
		長期 入院日数の合計	日間	

- 1 所在地 [所在地]
- 2 長期 入院日数の合計 [長期 入院日数の合計]
- 3 日間 [日間]



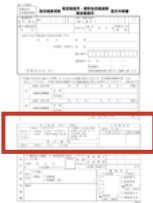
セクション 3 — Section 3 (Part 1/2)

長期 入院日数の合計

日間

身元確認 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人		代理権確認	
写真有り (1点のみで可)		写真無し (2点以上必要)	
<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード(写真有り)		<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留C <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身・療・精)		<input type="checkbox"/> 各種証 (国・後・社・介)	
<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 年金手帳・証書	
		<input type="checkbox"/> 医療証 (障・親・)	
		<input type="checkbox"/> その他 ()	
番号確認			
<input type="checkbox"/> 番号C <input type="checkbox"/> 通知C <input type="checkbox"/> OL <input type="checkbox"/> その他 ()			
国		認定根拠区分	
		交付年月日 . . .	

- 1 長期 入院日数の合計 [長期 入院日数の合計]
- 2 日間 [日間]
- 3 身元確認 ☐本人 ☐代理人 [身元確認 ☐本人 ☐代理人]
- 4 代理権確認 [代理権確認]
- 5 写真有り (1点のみで可) [写真有り (1点のみで可)]
- 6 写真無し (2点以上必要) ☐委任状 ☐その他 () Other (/ Letter of proxy / Power of attorney / Other
Use this field for any information that doesn't fit in the standard categories above Required if someone else is filing on your behalf.
- 7 ☐番号カード ☐免許証 ☐住基カード(写真有り) ☐各種証 (国・ 後・ 社・ 介)
[☐番号カード ☐免許証 ☐住基カード(写真有り) ☐各種証 (国・ 後・ 社・ 介)]
- 8 代理人氏名 Full name
Write your full legal name as it appears on your residence card or passport
- 9 世帯主との続柄 Head of household / Relationship to head of household
The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household. See relationship terms table.
- 10 ☐医療証 (障・ 親・) [☐医療証 (障・ 親・)]
- 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 番号確認 [番号確認]
- 13 ☐番号C ☐通知C ☐OL ☐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
- 14 認定根拠区分 [認定根拠区分]
- 15 交付年月日 . . . [交付年月日 . . .]



セクション 3 — Section 3 (Part 2/2)

国	認定根拠区分	交付年月日	・	・	
<input type="checkbox"/> 課税O/L確認	<input type="checkbox"/> 証明書等の添付	認定証	発効期日	・	・

- 1 認定証 [認定証]
- 2 ☐ 課税O/L確認 ☐ 証明書等の添付 [☐ 課税O/L確認 ☐ 証明書等の添付]
- 3 発効期日 ・ ・ [発効期日 ・ ・]



セクション 4 — Section 4 (Part 1/2)

国保年金課	認定根拠区分		認定証記載年月日	交付年月日	・	・
	<input type="checkbox"/> 課税O/L確認 <input type="checkbox"/> 証明書等の添付			発効期日	・	・
	<input type="checkbox"/> その他 ()			有効期限	・	・
	令和 年 月 日 () 区民課・まちづくりセンター			長期入院該当	・	・ から
金課	交付方法		適用区分	70歳未満		70歳以上
	<input type="checkbox"/> 手渡し			<input type="checkbox"/> ア	<input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ	
	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 登録地 <input type="checkbox"/> 医療機関 (名称:)			<input type="checkbox"/> イ	<input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ	

- 1 認定証 [認定証]
- 2 ☐ 課税O/L確認 ☐ 証明書等の添付 [☐ 課税O/L確認 ☐ 証明書等の添付]
- 3 発効期日 ・ ・ [発効期日 ・ ・]
- 4 保☐ 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
- 5 受付者記載 Reception / Received
Staff use - indicates form was received. Do not fill in.
- 6 有効期限 ・ ・ [有効期限 ・ ・]
- 7 年月日 [年月日]
- 8 長期入院該当 ・ ・ から From
Used to indicate the starting point (previous address, etc.)
- 9 () 区民課・まちづくりセンター [() 区民課・まちづくりセンター]
- 10 適用区分 [適用区分]
- 11 ☐ 手渡し [☐ 手渡し]
- 12 70歳以上 [70歳以上]
- 13 70歳未満 [70歳未満]
- 14 方法 ☐ 郵送 ☐ 登録地 [方法 ☐ 郵送 ☐ 登録地]
- 15 ☐ 医療機関 (名称:) ☐ イ [☐ 医療機関 (名称:) ☐ イ]



セクション 4 — Section 4 (Part 2/2)

課 処	方法	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 登録地 <input type="checkbox"/> 医療機関 (名称 :)	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ	<div>1</div> <input type="checkbox"/> 低所得 I
	備考				<div>2</div> <input type="checkbox"/> 低所得 II (長期入院: <div>3<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当</div>)

- 1 ☐ 低所得II [☐ 低所得II]
- 2 処備考 Remarks / Notes
Space for additional information or special circumstances. Usually optional.
- 3 ☐ 該当 ☐ 非該当 [☐ 該当 ☐ 非該当]



理欄	備考	<input type="checkbox"/> 工 <input type="checkbox"/> 才 長期入院: <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 現役並みⅠ <input type="checkbox"/> 現役並みⅡ
----	----	---	--

R6.12

- 処備考 Remarks / Notes

1 Space for additional information or special circumstances. Usually optional.

2 □該当 □非該当 [□該当 □非該当]

3 □現役並みI [□現役並みI]

4 □現役並みII [□現役並みII]

5 □該当 □非該当 [□該当 □非該当]

6 R6.12 [R6.12]

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