

介護保険送付先指定等届出書について

1. 必要書類

- ①介護保険送付先指定等届出書
- ②届出人の本人確認書類と添付書類

届出人	必要書類 ※郵送申請の場合、本人確認書類の写しが必要となります。
被保険者 (AまたはBのいずれか)	A 有効期限内・顔写真付き 官公署発行の本人確認書類 1点 運転免許証、マイナンバーカード、パスポート、障がい者手帳、在留カード等1点 B 有効期限内・顔写真無し 官公署発行の本人確認書類 2点 健康保険の資格確認書、介護保険証、介護保険負担割合証、年金手帳等2点
後見人・保佐人等	後見人等の本人確認書類(AまたはBのいずれか)、登記事項証明書(写)、後見開始の審判書(写)、代理行為目録(写)等
ケアマネジャー	介護支援専門員証と社員証(勤務先がわかるもの)、委任欄の記入ができない場合は送付先申請代理申述書
親族等上記以外	届出人の本人確認書類(AまたはBのいずれか)、委任欄の記入ができない場合は送付先申請代理申述書

2. 送付先変更の注意事項

- ①送付先を指定する場合には必ず関係する親族に知らせてください。
- ②申請してから介護保険課で確認をするまでに時間を要するため、その間の発送物が送付先指定前の住所へ届く場合があります。
- ③送付物の宛名には被保険者の氏名も記載されます。例) ○○ ○○様 (被保険者の氏名 様分)
- ④送付先を一度設定すると、届け出がない限り変更されません。指定を終了、変更する場合は速やかに届け出てください。
- ⑤この届け出は介護保険課の取り扱い書類のみ対象となります。
- ⑥届出書の記載や必要書類等に不備があった場合はご連絡しますので、日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。

3. 記入例

- ①送付先の変更を希望する被保険者の氏名、生年月日、被保険者番号、電話番号、住所を記載してください。
- ②届け出をされる区分にチェックをしてください。
- ③送付先の指定等を希望する書類の番号にチェックをしてください。
- ④送付先の指定等をする理由にチェックをしてください。
- ⑤送付先として指定される氏名(宛名)住所、電話番号、続柄を記載してください。氏名(宛名)欄が空欄の場合、宛名は被保険者の氏名となります。被保険者の氏と送付先となる方の氏が違う場合には必ず方書(○○方)を記載してください。
- ⑥送付先の届出書を出される場合は必ず本人及び関係する親族にその旨をお知らせください。お伝えが済んでいることを確認し、□にチェックをしてください。
- ⑦届出人が送付先と同じ場合や被保険者と同じ場合は、□にチェックをしてください。それ以外の場合は氏名、続柄、電話番号住所を記載してください。
- ⑧届出人が被保険者以外の場合、委任欄に署名してください。自署が難しい場合は、送付先指定代理申述書を提出してください。

介護保険送付先指定等届出書

年 月 日

藤沢市長 次のとおり届け出ます。

被保険者	氏名	フリガナ	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	被保険者番号		電話番号	
	住所			

届出の区分	<input type="checkbox"/> 送付先の指定 <input type="checkbox"/> 送付先の変更 <input type="checkbox"/> 送付先指定の終了
送付先の指定等をする書類	<input type="checkbox"/> 1・介護保険に関するすべての書類 (2から5までのすべての書類) <input type="checkbox"/> 2・資格関係書類 (65歳到達・住所異動・居宅届出・再交付等に伴う被保険者証) <input type="checkbox"/> 3・保険料関係書類 (納付書、還付通知等) <input type="checkbox"/> 4・認定関係書類 (認定結果通知と被保険者証等、負担限度額認定証、負担割合証) <input type="checkbox"/> 5・給付関係書類 (給付費支給等決定通知書等) <input type="checkbox"/> 6・住民登録地と住所が異なるため <input type="checkbox"/> 書類の管理が難しいため <input type="checkbox"/> 一時的な施設入所、入院等で不在のため (退院等された場合は「終了」の届け出をしてください。) <input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> 成年後見制度の対象のため <input type="checkbox"/> その他 ()

送付先	氏名(宛名)	フリガナ
	住所	〒 方書(施設名等)
	電話番号	被保険者との関係

届出人	<input type="checkbox"/> 送付先変更について、被保険者本人及びその関係する親族 了承済み <input type="checkbox"/> 送付先と同じ <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ (チェックを入れた場合、下記は記入不要)		
氏名	続柄	電話番号	
住所			

※届出人が被保険者以外の場合には委任欄に被保険者が署名をしてください。

委任欄	私は、介護保険送付先指定等届出書に関する一切の権限を、上記届出人に委任します。 年 月 日 被保険者(委任者)氏名 (自署)
-----	--

介護保険課 記入欄	受 付	介護保険課確認	入力者
<input type="checkbox"/> 来庁申請 <input type="checkbox"/> 郵送申請 <input type="checkbox"/> 委任欄自署確認済	<input type="checkbox"/> 届出人確認書類 (免・マ・介保・負担) 処理後：後継処理者へ連絡済口	<input type="checkbox"/> 届出人資格確認 (ケアマネジャー・ケースワーカー)	確認者

書類の提出先・お問い合わせ先
〒251-8601 藤沢市朝日町1番地の1
藤沢市役所 介護保険課 資格・保険料担当 (本庁舎2階)
Tel. 0466(25)1111(内線3137)

Fujisawa — 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)

介護保険送付先指定等届出書について

1. 必要書類

①介護保険送付先指定等届出書

②届出人の本人確認書類と添付書類

届出人	必要書類	※郵送申請の場合、本人確認書類の写しが必要となります。
被保険者	A 有効期限内・顔写真付き 官公署発行の本人確認書類 1点	
(AまたはBのいずれか)	運転免許証、マイナンバーカード、パスポート、障がい者手帳、在留カード等1点	
	B 有効期限内・顔写真無し 官公署発行の本人確認書類 2点	
	健康保険の資格確認書、介護保険証、介護保険負担割合証、年金手帳等2点	
後见人・保佐人等	後见人等の本人確認書類(AまたはBのいずれか)、登記事項証明書(写)、後見開始の審判書(写)、代理行為目録(写)等	
ケアマネジャー	介護支援専門員証と社員証(勤務先がわかるもの)、委任欄の記入ができない場合は送付先申請代理申述書	
親族等上記以外	届出人の本人確認書類(AまたはBのいずれか)、委任欄の記入ができない場合は送付先申請代理申述書	

2. 送付先変更の注意事項

①送付先を指定する場合には必ず関係する親族に知らせてください。

②申請してから介護保険課で確認をするまでに時間を要するため、その間の発送物が送付先指定前の住所へ

- 1 介護保険送付先指定等届出書について Long-term Care Insurance

Insurance for elderly care services. Mandatory for residents 40+. Premiums deducted with health insurance.
- 2 1 . 必要書類 1. Required Documents

This section will list what documents you need to bring - typically includes passport, residence card, and any supporting documents depending on your situation.
- 3 ②届出人の本人確認書類と添付書類 Identity verification documents / Applicant / Person filing the form

Documents that prove your identity. Primary: Residence Card, Passport, My Number Card. Secondary: Health Insurance Card, Driver's License. The person physically submitting the form. Usually yourself.
- 4 必要書類 ※郵送申請の場合、本人確認書類の写しが必要となります。

Identity verification documents / . / Copy

Documents that prove your identity. Primary: Residence Card, Passport, My Number Card. Secondary: Health Insurance Card, Driver's License. Refers to certified copies of documents that may be required
- 5 届出人 Applicant / Person filing the form

The person physically submitting the form. Usually yourself.
- 6 A 有効期限内・ 顔写真付き 官公署発行の本人確認書類 1点 Identity verification documents

Documents that prove your identity. Primary: Residence Card, Passport, My Number Card. Secondary: Health Insurance Card, Driver's License.
- 7 被保険者 Insured person

The person covered by the insurance policy (usually yourself when applying)
- 8 (AまたはBのいずれか) 運転免許証、マイナンバーカード、パスポート、障がい者手帳、在留カード等 1点

My Number Card / Residence Card / My Number Card

Plastic IC card with your 12-digit Individual Number. Can be used as primary ID. Apply at your ward office after receiving the notification letter. ID card for foreign residents with mid- to long-term visas. Issued at the airport or immigration office. Must carry at all times.
- 9 B 有効期限内・ 顔写真無し 官公署発行の本人確認書類 2点 Identity verification documents

Documents that prove your identity. Primary: Residence Card, Passport, My Number Card. Secondary: Health Insurance Card, Driver's License.



セクション 1 — Section 1 (Part 1/2) (continued)

介護保険送付先指定等届出書について

1. 必要書類

①介護保険送付先指定等届出書

②届出人の本人確認書類と添付書類

届出人	必要書類	※郵送申請の場合、本人確認書類の写しが必要となります。
被保険者	A 有効期限内・顔写真付き 官公署発行の本人確認書類 1点	
(AまたはBのいずれか)	運転免許証、マイナンバーカード、パスポート、障がい者手帳、在留カード等1点	
	B 有効期限内・顔写真無し 官公署発行の本人確認書類 2点	
	健康保険の資格確認書、介護保険証、介護保険負担割合証、年金手帳等2点	
後见人・保佐人等	後见人等の本人確認書類(AまたはBのいずれか)、登記事項証明書(写)、後見開始の審判書(写)、代理行為目録(写)等	
ケアマネジャー	介護支援専門員証と社員証(勤務先がわかるもの)、委任欄の記入ができない場合は送付先申請代理申述書	
親族等上記以外	届出人の本人確認書類(AまたはBのいずれか)、委任欄の記入ができない場合は送付先申請代理申述書	

2. 送付先変更の注意事項

①送付先を指定する場合には必ず関係する親族に知らせてください。

②申請してから介護保険課で確認をするまでに時間を要するため、その間の発送物が送付先指定前の住所へ

- 10

健康保険の資格確認書、介護保険証、介護保険負担割合証、年金手帳等 2 点

Long-term Care Insurance / Health insurance card / Pension

Insurance for elderly care services. Mandatory for residents 40+. Premiums deducted with health insurance. Japanese health insurance card. Can serve as secondary ID at some banks.
- 11

後见人・保佐人等後见人等の本人確認書類 (AまたはBのいずれか) 、登記事項証明書 (写) 、後見開始の審判書 (写) 、代理行為目録

Certificate of Registered Matters (company registry extract) / Identity verification documents

Issued by the Legal Affairs Bureau (法務局). Must be from the last 6 months. ¥480-600. Documents that prove your identity. Primary: Residence Card, Passport, My Number Card. Secondary: Health Insurance Card, Driver's License.
- 12

ケアマネジャー介護支援専門員証と社員証 (勤務先がわかるもの) 、委任欄の記入ができない場合は送付先申請代理申述書

Place of employment / Employer

Company name and address. Some forms also ask for 勤務先電話番号 (employer phone number).
- 13

親族等上記以外届出人の本人確認書類 (AまたはBのいずれか) 、委任欄の記入ができない場合は送付先申請代理申述書

Identity verification documents / Applicant / Person filing the form

Documents that prove your identity. Primary: Residence Card, Passport, My Number Card. Secondary: Health Insurance Card, Driver's License. The person physically submitting the form. Usually yourself.
- 14

2 . 送付先変更の注意事項 Change

Check this box if you are making changes to existing information
- 15

②申請してから介護保険課で確認をするまでに時間を要するため、その間の発送物が送付先指定前の住所へ

Long-term Care Insurance / Address / To do/perform

Insurance for elderly care services. Mandatory for residents 40+. Premiums deducted with health insurance. Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address.

セクション 1 — Section 1 (Part 2/2)

1

③送付物の宛名には被保険者の氏名も記載されます。例）〇〇 〇〇様（被保険者の氏名 様分）

2

④送付先を一度設定すると、届け出がない限り変更されません。指定を終了、変更する場合は速やかに届け出てください。

2

⑤この届け出は介護保険課の取り扱い書類のみ対象となります。

6

⑥届出書の記載や必要書類等に不備があった場合はご連絡しますので、日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。

3

3. 記入例

1

①送付先の変更を希望する

2

介護保険送付先指定等届出書

3

年 月 日

4

藤沢市長

5

次のおり届け出ます。

6

フリガナ

7

TEL. +81-907

- 1

④送付先を一度設定すると、届け出がない限り変更されません。指定を終了、変更する場合は速やかに届け出てください。
Change / To do/perform
Check this box if you are making changes to existing information This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling
- 2

⑥届出書の記載や必要書類等に不備があった場合はご連絡しますので、日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。
Phone number
Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.
- 3

介護保険送付先指定等届出書 Long-term care insurance
Japan's mandatory insurance system for elderly care services - coverage typically begins at age 40
- 4

3 . 記入例 Example of how to fill in
Sample form showing how to complete each field. Study this before filling your own form.
- 5

年 月 日 Year __ Month __ Day __
Fill in the date using the Japanese calendar format (year/month/day with numbers only)
- 6

①送付先の変更を希望する Change / To do/perform
Check this box if you are making changes to existing information This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling
- 7

次のおり届け出ます。



セクション 2 — Section 2 (Part 1/2)

3. 記入例

①送付先の変更を希望する
被保険者の氏名、生年月日
被保険者番号、電話番号、住所
を記載してください。

②届け出をされる区分にチェックをして
ください。

③送付先の指定等を希望する書類の番号

介護保険送付先指定等届出書

年 月 日

藤沢市長
次のとおり届け出ます。

フリガナ

氏名

生年月日

明・大・昭
年 月 日

被保険者
番号

電話番号

住 所

届出の区分

送付先の指定 送付先の変更 送付先指定の終了

1 介護保険に関するすべての書類 (2から5までのすべての書類)

2 資格関係書類 (65歳到達・住所異動・居宅届出・再交付等に伴う被保険者証)

3 保険料関係書類 (納付書、滞付通知等)

- 1 年 月 日 Year __ Month __ Day __
Fill in the date using the Japanese calendar format (year/month/day with numbers only)
- 2 ①送付先の変更を希望する Change / To do/perform
Check this box if you are making changes to existing information This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling
- 3 次のとおり届け出ます。
This is just a declaration statement meaning 'I hereby submit the following notification.' You don't need to write anything here - it's simply introducing the form content that follows below.
- 4 フリガナ Phonetic reading (katakana)
Write the katakana reading of your name. For foreign names, this IS your name in katakana.
- 5 氏 名 Name
Write your full name as it appears on your residence card or passport
- 6 生年月日 Date of birth
Format: 年(year) 月(month) 日(day). Use Japanese calendar (令和/平成) or Western year.
- 7 年 月 日 Year __ Month __ Day __
Fill in the date using the Japanese calendar format (year/month/day with numbers only)
- 8 被保険者番号、電話番号、住所 Phone number / Address
Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers. Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address.
- 9 保険被保番号者 Insurance Policy Number/Insured Person Number
Enter your health insurance policy number or member ID from your health insurance card (健康保険証)
- 10 電話番号 Phone number
Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.
- 11 住 所 Address
Write your complete current address including apartment/room number if applicable
- 12 ②届け出をされる区分にチェックをして Check / Category
Mark this checkbox if applicable to your situation Select the type of registration change (e.g., moving in, moving out, address change)
- 13 届出の区分 送付先の指定 送付先の変更 送付先指定の終了 Change
Check this box if you are making changes to existing information



セクション 2 — Section 2 (Part 1/2) (continued)

3. 記入例

① 送付先の変更を希望する
被保険者の氏名、生年月日
被保険者番号、電話番号、住所
を記載してください。

② 届け出をされる区分にチェックを
してください。

③ 送付先の指定等を希望する書類の
番号

介護保険送付先指定等届出書

年 月 日

藤沢市長
次のとおり届け出ます。

姓 名

氏 名

被保険者
番号

住 所

生年月日

電話番号

明・大・昭
年 月 日

届出の区分

送付先の指定
等をする書類

☐ 送付先の指定

☐ 送付先の変更

☐ 送付先指定の終了

☐ 1・介護保険に関するすべての書類（2から5までのすべての書類）

☐ 2・資格関係書類（65歳到達・住所異動・居宅届出・再交付等に伴う被保険者証）

☐ 3・保険料関係書類（納付書、還付通知等）

14 2・ 資格関係書類 (65歳到達・ 住所異動・ 居宅届出・ 再交付等に伴う被保険者証) Address / Qualification

Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address. Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)

15 送等付を先ずのる指書定類 3・ 保険料関係書類 (納付書 , 還付通知等) Insurance premium

Amount you pay for national health insurance coverage, usually calculated based on income and household size

セクション 2 — Section 2 (Part 2/2)

③送付先の指定等を希望する書類の番号にチェックをしてください。

④送付先の指定等をする理由にチェックをしてください。

⑤送付先として指定される氏名(宛名)住所、電話番号、続柄を記載してください。

送付先の指定等をする書類

送付先の指定等をする理由

氏名(宛名)

1・介護保険に関するすべての書類 (2から5までのすべての書類)

2・資格関係書類 (65歳到達・住所異動・居宅届出・再交付等に伴う被保険者証)

3・保険料関係書類 (納付書、還付通知等)

4・認定関係書類 (認定結果通知と被保険者証等、負担限度額認定証、負担割合証)

5・給付関係書類 (給付費支給等決定通知書等)

6・住民登録地と居所が異なるため

書類の管理が難しいため

一時的な施設入所、入院等で不在のため (退院等された場合は「終了」の届け出をしてください。)

死亡のため

成年後見制度の対象のため

その他 ()

フリガナ

氏名(宛名)

1

③送付先の指定等を希望する書類の番号 To do/performance

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

2

□ 5・給付関係書類 (給付費支給等決定通知書等) □ 5. Benefit-related documents (benefit payment decision notices, etc.)

Check this box and attach copies of any government benefit documents you receive, such as child allowance or welfare payment notices.

3

送等付を先すのる指理定由□ □ (一死時亡退院的の等なた施めされ設た入所場、合は入院「等終了了不」在の届のたけ出めをし

Please / Please / Please

This is typically part of an instruction - look for the preceding text to understand what action is requested

4

④チエ送ッ付ク先をのして指く定だ等さをいす。る理由に

Check the appropriate box explaining why you need to designate this person to receive documents on your behalf.

5

□ 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

(宛名) Addressee

The person or entity to whom correspondence should be sent

7

住所、電話番号、続柄を記載してください。 Phone number / Address / Relationship to head of household

Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers. Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address.

Generated 2026-02-19 from github.com/wkesner/japan-forms | Not an official government document

Form p.1

セクション 3 — Section 3 (Part 1/2)

⑤送付先として指定される氏名(宛名)
住所、電話番号、続柄を記載してください。
氏名(宛名)欄が空欄の場合、宛名は
被保険者の氏名となります。
⑦被保険者の氏と送付先となる方の
氏が違う場合には必ず方書(〇〇方)
を記載してください。

⑥送付先の届出書を出される場合は必ず本人
及び関係する親族にその旨をお知らせください。
⑬お伝えが済んでいることを確認し、
□にチェックをしてください。

⑦届出人が送付先と同じ場合や
被保険者と同じ場合は □にチェックを

①氏名(宛名)	フリガナ
②住所	〒
③方書(施設名等)	⑤被保険者との関係
④電話番号	

⑧送付先変更について、被保険者本人及びその関係する親族 了承済み

⑧□送付先と同じ □被保険者と同じ (チェックを入れた場合、⑩下記は記入不要)

⑨氏名	⑪続柄	⑩電話番号
⑨住所		

※届出人が被保険者以外の場合には委任欄に被保険者が署名をしてください。

⑭私は、介護保険送付先指定等届出書に関する一切の権限を、上記届出人に委任します。

⑮年 月 日

⑮被保険者(委任者)氏名 (自署)

- 1 (宛名) Addressee
The person or entity to whom correspondence should be sent
- 2 住所、電話番号、続柄を記載してください。 Phone number / Address / Relationship to head of household
Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers. Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address.
- 3 先住所 Address
Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address.
- 4 方書(施設名等) Building name / room number
Apartment/mansion name and room number. e.g. 〇〇マンション 301号室
- 5 被と保の保険関係 Insurance relationship between insured and dependent
Indicate your relationship to the policyholder if you're covered as a dependent on someone else's health insurance
- 6 電話番号 Phone number
Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.
- 7 氏が違う場合には必ず方書(〇〇方) Building name / room number
Apartment/mansion name and room number. e.g. 〇〇マンション 301号室
- 8 □送付先と同じ □被保険者と同じ (チェックを入れた場合、下記は記入不要) Insured person / Do not fill in / Check
The person covered by the insurance policy (usually yourself when applying)
Leave this field blank - it will be completed by staff
- 9 出人氏名 Full name
Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.
- 10 電話番号 Phone number
Enter your current phone number where you can be reached for any questions about your registration.
- 11 続柄 Relationship to head of household
See relationship terms table.
- 12 及び関係する親族にその旨をお知らせください。 To do/perfor
This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling
- 13 □にチェックをしてください。 Please / Please / Please
This is typically part of an instruction - look for the preceding text to understand what action is requested



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

セクション 3 — Section 3 (Part 2/2)

⑦届出人が送付先と同じ場合や
被保険者と同じ場合は、□にチェックを
してください。
③それ以外の場合は氏名、続柄、電話番号
住所を記載してください。

欄

被保険者（委任者）氏名

①（自署）

⑤ 介護保険課 記入欄

受 付

介護保険課確認

⑥ 郵送申請

⑦ 同時に他申請有（
（免・マ・介保・負担
） 処理後：後続処理者へ連絡済□

④ 入力者

確認者

- 1

（自署）

(Personal signature)

Sign your name by hand in this section - do not use a stamp or printed name
- 2

被保険者と同じ場合は、□にチェックを

Insured person / Check

The person covered by the insurance policy (usually yourself when applying) Mark this checkbox if applicable to your situation
- 3

それ以外の場合は氏名、続柄、電話番号

Phone number / Full name / Relationship to head of household

Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers. Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.
- 4

入力者

Data entry

Staff use - data entry field. Do not fill in.
- 5

受 付介護保険課確認

Long-term Care Insurance

Insurance for elderly care services. Mandatory for residents 40+. Premiums deducted with health insurance.
- 6

□郵送申請

Mail application

Check this box if submitting your application by mail rather than in person
- 7

□同時に他申請有（
）

Application

This indicates the form is an application that requires submission



セクション 4 — Section 4

① それ以外の場合は氏名、続柄、電話番号
住所を記載してください。

⑧ 届出人が被保険者以外の場合、
委任欄に署名してください。
⑨ 自署が難しい場合は、送付先指定
代理申述書を提出してください。

④ 受 付 介護保険確認
□ 未定申請 □ 郵送申請
□ 届出人確認書類
(免・マ・介保・負割)
□ 届出人資格確認
(ケアマネジャー・ケースワーカー)

⑤ □ 委任欄自署確認済
□ 同時に他申請有 ()
処理後：後続処理者へ連絡済 □

② 入力者
③ 確認者

書類の提出先・お問い合わせ先
〒251-8601 藤沢市朝日町1番地の1
藤沢市役所 介護保険課 資格・保険料担当 (本庁舎2階)
Tel. 0466 (25) 1111 (内線3137)

- ① それ以外の場合は氏名、続柄、電話番号 Phone number / Full name / Relationship to head of household
Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers. Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.
- ② 入力者 Data entry
Staff use - data entry field. Do not fill in.
- ③ 受 付介護保険課確認 Long-term Care Insurance
Insurance for elderly care services. Mandatory for residents 40+. Premiums deducted with health insurance.
- ④ □ 郵送申請 Mail application
Check this box if submitting your application by mail rather than in person
- ⑤ □ 同時に他申請有 () Application
This indicates the form is an application that requires submission
- ⑥ 確認者 Verifier
Staff use only - do not fill in
- ⑦ (免・マ・介保・負割) 処理後：後続処理者へ連絡済 □ Processing
Staff use - processing status. Do not fill in.
- ⑧ ⑧届出人が被保険者以外の場合、 Applicant / Person filing the form
The person physically submitting the form. Usually yourself.
- ⑨ 自署が難しい場合は、送付先指定 If signature is difficult, specify delivery address
If you cannot sign yourself (due to disability, etc.), you can designate where documents should be sent instead
- ⑩ 藤沢市役所介護保険課資格・保険料担当 (本庁舎 2 階) Long-term Care Insurance / Qualification
Insurance for elderly care services. Mandatory for residents 40+. Premiums deducted with health insurance. Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)



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