

第3号様式(第13条)

国民健康保険療養費支給申請書

					令和 年 月 日
<p>(宛先) 鎌倉市長</p> <p>申請内容等についてご連絡する場合がありますので 日中連絡のつく電話番号を ご記入ください。</p>					<p>住所 鎌倉市御成町18番10号</p> <p>世帯主 氏名 鎌倉 太郎 印</p> <p>電話 0467 (23)3000</p>
<p>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。</p> <p><input checked="" 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。</p>					<p>個人番号 (マイナンバー番号12桁)</p>
被保険者証の記号・番号	05-12345678		被保険者氏名 鎌倉 太郎	世帯主と続柄 本人	
発病・負傷年月日	別紙のとおり		生年月日 S30年1月1日	個人番号 (マイナンバー番号12桁)	
傷病名	別紙のとおり		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	(病院名) ※複数医療機関の場合、「別紙のとおり」でも可				
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	(医師の名前) ※複数名、または不明の場合「別紙のとおり」でも可				
療養の給付を受けることができなかつた理由	不当利得				
発病の原因			療養の内容	別紙のとおり	
傷病の経過			療養に要した費用	前健康保険組合へ支払った際の領収書の金額 ÷ (10割-自己負担割合)	
審査決定金額	円 7・8・9・10割		支給金額	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
□承認します □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	鎌倉銀行 鎌倉本店 支店				<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号 1234567	口座名義(カタカナ) カマクラ タロウ			

必ずご捺印ください。

 世帯主の口座情報を
記入してください。

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 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

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 令和 年 月 日

4 (宛先)鎌倉市長

5 住所 鎌倉市御成町 18 番 10 号

6 世帯主 氏名 鎌倉 太郎 印

7 申請内容等についてご連絡

8 申請内容等についてご連絡

9 申請内容等についてご連絡

10 電話 0467 (23)3000

必ずご捺印ください

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 令和 年 月 日 [令和 年 月 日]

4 申請内容等についてご連絡 [申請内容等についてご連絡]

5 住所 鎌倉市御成町 18 番 10 号 Address

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

6 (宛先)鎌倉市長 [(宛先)鎌倉市長]

7 する場合がありますので To do/perform

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

8 日中連絡のつく電話番号を 世帯主 氏名 鎌倉 太郎 印 Phone number / Head of household / Full name

Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers. The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household.

9 ご記入ください。 [ご記入ください。]

10 電話 0467 (23)3000 [電話 0467 (23)3000]



セクション 2 — Section 2 (Part 1/2)

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。		<input checked="" 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。		個人番号 <u>(マイナンバー番号12桁)</u>	た さ い。
被保険者証の記号・番号	05-12345678	被保険者氏名	鎌倉 太郎	世帯主との続柄	本人
発病・負傷年月日	別紙のとおり	生年月日	S30 年 1 月 1 日	個人番号	(マイナンバー番号12桁)
傷病名	別紙のとおり	療養期間	年 月 日から		

1 個人番号 (マイナンバー番号12桁) My Number (Individual Number) / My Number

12-digit number. Leave blank on first registration — it will be mailed to you after. Enter your 12-digit Individual Number from your My Number card or notification

2 次のとおり、療養に要した費用に関する証 To do/perform

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

3 □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]

4 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.

5 被保険者証の [被保険者証の]

6 本人 Self (head of household)

7 05-12345678 [05-12345678]

8 鎌倉 太郎 [鎌倉 太郎]

9 続柄 Relationship to head of household

See relationship terms table.

10 発病・負傷 [発病・負傷]

11 個人 [個人]

12 別紙のとおり [別紙のとおり]

13 (マイナンバー番号12桁) My Number

Enter your 12-digit Individual Number from your My Number card or notification

14 S30 年 1 月 1 日 番号 [S30 年 1 月 1 日 番号]

15 別紙のとおり [別紙のとおり]



セクション 2 — Section 2 (Part 2/2)

傷病名	別紙のとおり	療養期間	年月日から
-----	--------	------	-------

1 療養期間 [療養期間]

2 年月日から From

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



Form p.1

セクション3 — Section 3 (Part 1/2)

傷病名	① 別紙のとおり		療養期間	③ 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	
⑪ 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	(病院名) ※複数医療機関の場合、「別紙のとおり」でも可			
⑫ 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	(医師の名前) ※複数名、または不明の場合「別紙のとおり」でも可			
⑯ 療養の給付を受	⑯ 不当利得			

- 1 別紙のとおり [別紙のとおり]
- 2 療養期間 [療養期間]
- 3 年月日から From
Used to indicate the starting point (previous address, etc.)
- 4 一般被保険者 [□一般被保険者]
- 5 乳児 [□乳児]
- 6 65~69歳 [□65~69歳]
- 7 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]
- 8 退職被保険者家族 [□退職被保険者家族]
- 9 ひとり親 [□ひとり親]
- 10 高齢一定以上 [□高齢一定以上]
- 11 院、診療所、薬局その他の者の名称及 (病院名) ※複数医療機関の場合、「別紙のとおり」でも可 Other
Use this section for any additional information not covered in other fields
- 12 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]
- 13 (医師の名前) ※複数名、または不明の場合「別紙のとおり」でも可
[(医師の名前) ※複数名、または不明の場合「別紙のとおり」でも可]
- 14 不当利得 [不当利得]
- 15 療養の給付を受 [療養の給付を受]



セクション3 — Section 3 (Part 2/2)

① することができなかつた理由		
② 発病の原因	③ 療養の内容	別紙のとおり

1 なかつた理由 [なかつた理由]

2 発病の原因 [発病の原因]

3 療養の内容 別紙のとおり [療養の内容 別紙のとおり]



Form p.1

セクション 4 — Section 4

1 発病の原因	2 療養の内容					別紙のとおり	
3 傷病の経過	4 療養に要した費用					5 前健康保険組合へ支払った際の領収書の金額 ÷ (10割-自己負担割合)	
6 審査決定金額	円 7 支給金額 7・8・9・10割					円	
8 次のとおり決定してよいでしょう (問い合わせ) 9 起案						10 · · ·	
11 課長	12 課長補佐	13 係長	14 係	15 担当	16 決裁	17 · · ·	

- 1 発病の原因 [発病の原因]
- 2 療養の内容 別紙のとおり [療養の内容 別紙のとおり]
- 3 傷病の経過 [傷病の経過]
- 4 療養に要した費用 [療養に要した費用]
- 5 書の金額 ÷ (10割-自己負担割合) [書の金額 ÷ (10割-自己負担割合)]
- 6 審査決定金額 [審査決定金額]
- 7 7・8・9・10割 [7・8・9・10割]
- 8 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]
- 9 (問い合わせ) 起案 [(問い合わせ) 起案]
- 10 · · · [· · ·]
- 11 課長 課長補佐 係長 [課長 課長補佐 係長]
- 12 担当 決裁 [担当 決裁]
- 13 · · · [· · ·]



セクション 5 — Section 5 (Part 1/2)

1 課長	課長補佐	係長	係	担当	決裁		
2 区分	□承認します □承認しません (理由)			承認番号			
3 受付	審査依頼			支給簿番号			
4				審査終了受付	支給		
5				鎌倉銀行	鎌倉本店	普通預金	

世帯主の口座情報を記入してください。

1 課長 課長補佐 係長 [課長 課長補佐 係長]

2 担当決 [担当決]

3 [・・・]

4 世帯主の口座情報を Head of household

The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household.

5 区分 [区分]

6 記入してください。 [記入してください。]

7 支給簿番号 [支給簿番号]

8 (理由) [(理由)]

9 審査依頼 [審査依頼]

10 審査終了受付 Reception / Received

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

11 受付 Reception / Received

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

12 [・・・]

13 [・・・]

14 [・・・]

15 鎌倉銀行 鎌倉本店 [鎌倉銀行 鎌倉本店]



セクション 5 — Section 5 (Part 2/2)

口座	鎌倉 銀行	鎌倉 本店 支店	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
----	-------	-------------	---

1 普通預金 [input type="checkbox"/> 普通預金]

2 支店 [支店]



Form p.1

セクション 6 — Section 6

④ <input type="checkbox"/> 口座振込	① <input checked="" type="checkbox"/> リモート 受取人	② <input type="checkbox"/> 日本銀行支店	③ <input checked="" type="checkbox"/> 支店	② <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号 ⑤ 1 2 3 4 5 6 7	口座名義(カタカナ) ⑧ カマクラ タロウ		

1 鎌倉銀行 鎌倉本店 [鎌倉銀行 鎌倉本店]

2 普通預金 [普通預金]

3 支店 [支店]

4 振口座番号 Account number

Your bank account number (usually 7 digits).

5 1 2 3 4 5 6 7 [1 2 3 4 5 6 7]

6 カマクラ タロウ [カマクラ タロウ]



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