

国民健康保険 喪失届(社会保険加入のため)

あて先 茅ヶ崎市長

記号番号

08-

マイナンバー(個人番号)を保険年金課担当職員が確認し記載することに了承し、次のとおり届出します。

		届出日 年 月 日		
世帯主 (届出人)	氏名			
	住所			
	TEL			
異動する人	氏名	生年月日	続柄	
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			

太枠内を記入いただき、次の書類を同封してご送付ください。

■ 資格確認書

■ 加入先の健康保険情報が記載されているもの

(資格確認書・資格情報のお知らせ 等)

の写し (扶養されている方の分の写しも同封ください)

その他()

※添付いただいた画像から必要な社会保険情報が確認できなかった場合は、マイナンバーを活用し、社会保険の資格取得日等を照会することができます。

保険年金課処理欄		受取印
取扱職員	送付年月日	
備考欄		

Chigasaki — 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

国民健康保険 喪失届(社会保険加入のため)

あて先 茅ヶ崎市長

記号番号	08-
------	-----

マイナンバー(個人番号)を保険年金課担当職員が確認し記載することに了承し、次のとおり届出します。

氏名	生年月日	続柄
1	年 月 日	
2	年 月 日	
3	年 月 日	

1 国民健康保険 喪失届(社会保険加入のため) National Health Insurance

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

2 あて先 茅ヶ崎市長 To: Mayor of Chigasaki City

3 マイナンバー(個人番号)を保険年金課担当職員が確認し記載することに了承し、次のとおり届出します。 My Number (Individual Number) / My Number / Pension

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

4 年 月 日 Year Month Day

Fill in the date using the Japanese calendar format (year/month/day with numbers only)

5 届出日 Date of filing

Today's date. Use Japanese calendar or Western calendar.

6 氏名 Full name

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

7 住所 Address

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

8 (届出人) Applicant / Person filing the form

The person physically submitting the form. Usually yourself.

9 氏名 Full name

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

10 生年月日 Date of birth

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

11 続柄 Relationship to head of household

See relationship terms table.

12 年 月 日 Year Month Day

Write the date in Japanese format (year/month/day) using Arabic numerals, e.g.,

2024年3月15日

13 年 月 日 Year Month Day

Write the date in Japanese format (year/month/day) using Arabic numerals, e.g.,

2024年3月15日



セクション 1 — Section 1 (continued)

● 国民健康保険 喪失届(社会保険加入のため)

● あて先 茅ヶ崎市長

● 記号番号
08-

● マイナンバー(個人番号)を保険年金課担当職員が確認し記載することに了承し、次のとおり届出します。

世帯主 (届出人)	氏名	届出日 年 月 日		
		生年月日	継続	年 月 日
1				年 月 日
2				年 月 日
3				年 月 日

14

年 月 日 Year Month Day

Write the date in Japanese format (year/month/day) using Arabic numerals, e.g.,

2024年3月15日

セクション 2 — Section 2

動する人	3	年 月 日	
	4	年 月 日	
	5	年 月 日	
	6	年 月 日	

● 太枠内を記入いただき、次の書類を同封してご送付ください。

- ■ 資格確認書
- ■ 加入先の健康保険情報が記載されているもの
(資格確認書・資格情報のお知らせ 等)
- の写し (扶養されている方の分の写しも同封ください)

● □ その他()

※添付いただいた画像から必要な社会保険情報が確認できなかった場合は、マイナンバーを活用し、社会保険の資格取得日等を照会することができます。

保険年金課処理欄	受取印
取扱職員	送付年月日
備考欄	

1 年 月 日 Year Month Day

Write the date in Japanese format (year/month/day) using Arabic numerals, e.g.,
2024年3月15日

2 年 月 日 Year Month Day

Write the date in Japanese format (year/month/day) using Arabic numerals, e.g.,
2024年3月15日

3 年 月 日 Year Month Day

Write the date in Japanese format (year/month/day) using Arabic numerals, e.g.,
2024年3月15日

4 年 月 日 Year Month Day

Write the date in Japanese format (year/month/day) using Arabic numerals, e.g.,
2024年3月15日

5 太枠内を記入いただき、次の書類を同封してご送付ください。

Please / Please / Please

This is part of a longer instruction - look for the complete phrase

6 ■ 資格確認書 Qualification

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

7 ■ 加入先の健康保険情報が記載されているもの Fill in

This indicates where you should write or enter information

8 (資格確認書・資格情報のお知らせ 等) Qualification

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

9 の写し (扶養されている方の分の写しも同封ください) Copy / Person who

Refers to certified copies of documents that may be required This appears to be part of a longer phrase - look for the complete text starting with the preceding characters

10 □ その他() Other

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

11 ※添付いただいた画像から必要な社会保険情報が確認できなかった場合は、マイナンバーを活用し、

My Number / No./Number / From

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

This typically precedes a number field (like address number or form number)



セクション 2 — Section 2 (continued)

動する人	3	年 月 日	
	4	年 月 日	
	5	年 月 日	
	6	年 月 日	

● 太枠内を記入いただき、次の書類を同封してご送付ください。

- ■ 資格確認書
- ■ 加入先の健康保険情報が記載されているもの
(資格確認書・資格情報のお知らせ 等)
- の写し (扶養されている方の分の写しも同封ください)
- □ その他()
※添付いただいた画像から必要な社会保険情報が確認できなかった場合は、マイナンバーを活用し、社会保険の資格取得日等を照会することができます。

保険年金課処理欄	受取印
取扱職員	送付年月日
備考欄	

12 収受印 Seal (inkan / hanko)

Personal seal stamp. Most ward offices accept a written signature for foreigners instead.

13 保険年金課処理欄 Processing / Pension

Staff use - processing status. Do not fill in. Select your pension type (National Pension, Employee Pension, etc.)

14 送付年月日 Date

Write in YYYY/MM/DD format (e.g., 2024/03/15)

15 備考欄 Remarks / Notes

Space for additional information or special circumstances. Usually optional.

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