

国民健康保険異動届出書

東京都北区長 殿

届出日		年 月 日		▼申請者(窓口にいられた方)のお名前、ご住所、電話番号を記入してください。	
届出人 <small>(窓口に来られた方)</small>	住所	電話番号 ()			
	氏名	1. 世帯主本人 2. 世帯員 3. 代理人(別世帯の方は委任状が必要です)			

▼お届けの内容に○をしてください。

届出理由	1. 加入	2. 脱退	3. 資格変更(世帯合併・分離等)	4. その他
------	-------	-------	-------------------	--------

▼世帯主名等を記入してください。

世帯主名	(□ 届出人と同じ)	住所	電話番号 ()
個人番号			

▼今回、加入・脱退・資格変更がある方全員の氏名等を記入してください。

氏名及び個人番号	生年月日	続柄	性別	職業	マイナンバーカードの 健康保険証利用登録の有無
フリガナ	昭 平 令 西暦				<input type="checkbox"/> 有(資格情報通知書)
(□ 届出人と同じ)	年 月 日				<input type="checkbox"/> 無(資格確認書)
個人番号					
フリガナ	昭 平 令 西暦				<input type="checkbox"/> 有(資格情報通知書)
	年 月 日				<input type="checkbox"/> 無(資格確認書)
個人番号					
フリガナ	昭 平 令 西暦				<input type="checkbox"/> 有(資格情報通知書)
	年 月 日				<input type="checkbox"/> 無(資格確認書)
個人番号					
フリガナ	昭 平 令 西暦				<input type="checkbox"/> 有(資格情報通知書)
	年 月 日				<input type="checkbox"/> 無(資格確認書)
個人番号					

承諾確認欄	<input type="checkbox"/> 国民健康保険の資格及び保険料が3ヶ月以上遡ることを承諾します(最長2年)				
保険料の口座振替	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない (加入する方のみご記入ください)				
本人確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他()			交付方法	窓口 郵送
備考				高齢受給者(70歳以上) 割合確認	2 割 3 割

記号番号					
------	--	--	--	--	--

《職員記入欄》

添付書類	有	無
社会保険資格喪失日		
<input type="checkbox"/> 資格喪失日 <input type="checkbox"/> 退職日	年 月 日	
以前の勤務先の名称		
連絡先	(月 日 様に確認)	
社会保険資格取得日		
資格取得日	年 月 日	
保険者名		
記号番号		
被保険者氏名		
国民健康保険		
資格取得年月日	資格喪失年月日	資格異動年月日
年 月 日	年 月 日	年 月 日
資格取得事由	資格喪失事由	資格異動事由
<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 組合離脱 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他取得	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 組合離脱 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 職権消除 <input type="checkbox"/> 若年後期加入 <input type="checkbox"/> その他喪失	<input type="checkbox"/> 世帯合併 <input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/> 世帯主変更

□別紙で確認

受付	入力	照会			

Kita — 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

タイトル・届出日 — Header & Dates

東京都北 区 長 殿

届出日

年

月

日

国民健康保険異動届出書

記号番号

《職員記入欄》

添付書類

右

無

▼申請者（窓口にいられした方）のお名前、ご住所、電話番号を記入してください。

- 1 記号番号 Symbol Number
Enter your health insurance symbol and number from your insurance card if applicable, or leave blank if not enrolled in Japanese health insurance.
 - 2 国民健康保険異動届出書 National Health Insurance
Japan's public health insurance for self-employed, unemployed, and those not covered by employer insurance. Enrollment is mandatory.
 - 3 東京都北区長殿 Tokyo
Write the full name of Tokyo prefecture or specific Tokyo ward/city
 - 4 <<職員記入欄>> Staff use only / Office use only
Section for ward office staff. Do not write anything here.
 - 5 ▼申請者 (窓口にいらした方) のお名前、ご住所、電話番号を記入してください。 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.
 - 6 年 月 日 Year Month Day
Write the date in Japanese format (year/month/day) - use the current date when submitting the form
 - 7 届出日 Date of filing
Today's date. Use Japanese calendar or Western calendar.
 - 8 有 無 Yes No
Circle or check the appropriate option based on whether the condition applies to you.

[illegible]

届出人情報 — Who Is Filing

届出日

年

月

日

申請者(窓口に来た方)のお名前、ご住所、電話番号を記入してください。

届出人

住所

氏名

電話番号

1. 世帯主本人
2. 世帯員
3. 代理人(別世帯の方は委任状が必要です)

お届けの内容に○をしてください。

「職員記入欄」

添付書類

有

無

社会保険資格喪失日

資格喪失日

退職日

年

月

日

以前の勤務先の名称

連絡先

- 1

<<職員記入欄>> Staff use only / Office use only

Section for ward office staff. Do not write anything here.
- 2

▼申請者(窓口に来た方)のお名前、ご住所、電話番号を記入してください。

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.
- 3

年 月 日 Year Month Day

Write the date in Japanese format (year/month/day) - use the current date when submitting the form
- 4

届出日 Date of filing

Today's date. Use Japanese calendar or Western calendar.
- 5

有 無 Yes No

Circle or check the appropriate option based on whether the condition applies to you.
- 6

社会保険資格喪失日 Qualification

Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)
- 7

届出人 所 電話番号 () □資格喪失日 年 月 日

Phone number / Applicant / Person filing the form

Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers. The person physically submitting the form. Usually yourself.
- 8

1. 世帯主本人 Head of household

The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household.
- 9

以前の勤務先 Place of employment / Employer

Company name and address. Some forms also ask for 勤務先電話番号 (employer phone number).
- 10

(窓口に来られた方) Person who came to the counter

Information about who physically visited the office (may be filled by staff)
- 11

3. 代理人 (別世帯の方は委任状が必要です) Letter of proxy / Power of attorney

Required if someone else is filing on your behalf.
- 12

▼お届けの内容に○をしてください。 Please circle the content of your notification.

Circle the type of residence change you're registering (e.g., moving in, moving out, address change within city).
- 13

連絡先 Phone number

Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.

国民健康保険異動届出書

届出人

住所

氏名

電話番号

1. 世帯主本人
2. 世帯員
3. 代理人(別世帯の方は委任状が必要です)

届出日

年

月

日

申請者(窓口に来た方)のお名前、ご住所、電話番号を記入してください。

届出人

住所

氏名

電話番号

1. 世帯主本人
2. 世帯員
3. 代理人(別世帯の方は委任状が必要です)

お届けの内容に○をしてください。

「職員記入欄」

添付書類

有

無

社会保険資格喪失日

資格喪失日

退職日

年

月

日

以前の勤務先の名称

連絡先

住所 — Addresses (Part 1/2) (continued)

15

電話番号 () Phone number

Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.

住所 — Addresses (Part 2/2)

個人番号										電話番号										マイナンバー																			
▼今回、加入・脱退・資格変更がある方全員の氏名等を記入してください。																																							
氏名及び個人番号										生年月日					続柄					性別					職業					マイナンバーカードの 健康保険証利用登録の有無									
被保険者氏名																				国民健康保険																			

- 1

被保険者氏名

Full name

Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.
- 2

▼今回、加入・脱退・資格変更がある方全員の氏名等を記入してください。

Full name / Change / Qualification

Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji. Check this box if you are making changes to existing information
- 3

氏名及び個人番号

My Number (Individual Number) / Full name

12-digit number. Leave blank on first registration — it will be mailed to you after. Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.
- 4

生年月日

Date of birth

Format: 年(year) 月(month) 日(day). Use Japanese calendar (令和/平成) or Western year.
- 5

続柄

Relationship to head of household

See relationship terms table.
- 6

性別 職業

Gender / Occupation

男 (otoko) = Male, 女 (onna) = Female. Circle the appropriate one. e.g. 会社員 (company employee), 自営業 (self-employed), 学生 (student)



異動者 — Person Table (Part 1/4)

氏名及び個人番号

フリガナ

個人番号

生年月日

昭和 平成 西暦

年 月 日

続柄

性別

職業

マイナンバーカードの
健康保険証利用登録の有無

☐有 (資格情報通知書)

☐無 (資格確認書)

国民健康保険

資格取得年月日

資格喪失年月日

資格異動年月日

資格取得事由

資格喪失事由

資格異動事由

- 1

氏名及び個人番号

My Number (Individual Number) / Full name

12-digit number. Leave blank on first registration — it will be mailed to you after. Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.
- 2

生年月日

Date of birth

Format: 年(year) 月(month) 日(day). Use Japanese calendar (令和/平成) or Western year.
- 3

続柄

Relationship to head of household

See relationship terms table.
- 4

性別 職業

Gender / Occupation

男 (otoko) = Male, 女 (onna) = Female. Circle the appropriate one. e.g. 会社員 (company employee), 自営業 (self-employed), 学生 (student)
- 5

資格取得年月日

Qualification

Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)
- 6

資格喪失年月日

Qualification

Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)
- 7

資格異動年月日

Qualification

Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)
- 8

フリガナ

Phonetic reading (katakana)

Write the katakana reading of your name. For foreign names, this IS your name in katakana.
- 9

☐有 (資格情報通知書)

年 月 日 年 月 日 年 月 日

Yes (/ Qualification

Check this box if applicable - the full condition should be specified after the parenthesis Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)
- 10

昭和 平成 西暦

Western calendar

Use Gregorian calendar years (e.g., 2024) instead of Japanese era years
- 11

(☐ 届出人と同じ)

年 月 日

Applicant / Person filing the form

The person physically submitting the form. Usually yourself.
- 12

資格取得事由

Qualification

Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)
- 13

資格喪失事由

Qualification

Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)
- 14

資格異動事由

Reason for change / Type of move / Qualification

Why you are filing this notification (moving in, moving out, address change within municipality). Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)

国民健康保険異動届出書

氏名

フリガナ

個人番号

生年月日

昭和 平成 西暦

年 月 日

続柄

性別

職業

マイナンバーカードの
健康保険証利用登録の有無

☐有 (資格情報通知書)

☐無 (資格確認書)

国民健康保険

資格取得年月日

資格喪失年月日

資格異動年月日

資格取得事由

資格喪失事由

資格異動事由

異動者 — Person Table (Part 1/4) (continued)

15

☐ 無 (資格確認書) None/Not applicable / Qualification

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

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

<input type="checkbox"/> 届出人と同じ										年 月 日			<input type="checkbox"/> 無 (資格確認書)	資格取得事由 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 組合離脱 <input type="checkbox"/> 生保廃止	資格喪失事由 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 組合離脱 <input type="checkbox"/> 生保開始	資格異動事由 <input type="checkbox"/> 世帯合併 <input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/> 世帯主変更
個人番号 <small>フリガナ</small>										昭 平 令 西暦 年 月 日			<input type="checkbox"/> 有 (資格情報通知書)			
個人番号										年 月 日			<input type="checkbox"/> 無 (資格確認書)			

- 1 **個人番号** My Number (Individual Number)
12-digit number. Leave blank on first registration — it will be mailed to you after.
 - 2 **転入** Moving in (from another municipality or abroad)
Check this box if you are moving into this municipality from another city/town in Japan or from overseas. This is typically used when registering your new address after relocation.
 - 3 **転出** Moving out
Check this box if you are moving out of this municipality to another location. You would use this when notifying the city office that you're leaving and need to deregister your current address.
 - 4 **世帯合併** Household merger
Check this box if you're combining two separate households into one (e.g., when family members move in together and want to be registered as a single household unit)
 - 5 **有 (資格情報通知書)** **社保離脱** Yes (/ Qualification
Check this box if applicable - the full condition should be specified after the parenthesis Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)
 - 6 **社保加入** **社保加入** Social insurance enrollment
Check this box if you are enrolled in social insurance (health insurance through your employer)
 - 7 **世帯分離** Household separation
Check this box if you're separating from your current household to form a new independent household at the same address
 - 8 **昭 平 令 西暦** Western calendar
Use Gregorian calendar years (e.g., 2024) instead of Japanese era years
 - 9 **組合離脱** Withdrawal from association
Check this box if you are withdrawing from a neighborhood association or similar community group due to your move
 - 10 **組合離脱** Withdrawal from association
Check this box if you are withdrawing from a neighborhood association or similar community group due to your move
 - 11 **世帯主変更** Change of household head
Check this box if you are changing who is registered as the head of your household
 - 12 **年 月 日** Year Month Day
Write the date in Japanese format (year/month/day) using Arabic numerals, e.g., 2024年12月15日
 - 13 **無 (資格確認書)** None/Not applicable / Qualification
Check this box if the item does not apply to you or if you have none to report Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)

[illegible]

異動者 — Person Table (Part 2/4) (continued)

- 14

☐ 生保廃止

☐ Welfare benefits termination

Check this box if you are terminating social welfare/public assistance benefits due to your address change
- 15

個人番号

My Number (Individual Number)

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

[illegible]

- [illegible]

異動者 — Person Table (Part 3/4) (continued)

15

☐ 無 (資格確認書) None/Not applicable / Qualification

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

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

異動者 — Person Table (Part 4/4)

個人番号		年	月	日				<input type="checkbox"/> 無 (資格確認書)				
承諾確認欄	<input type="checkbox"/>	国民健康保険の資格及び保険料が3ヶ月以上遡ることを承諾します (最長2年)										
保険料の口座振替	<input type="checkbox"/>	する	<input type="checkbox"/>	しない	(加入する方のみご記入ください)					<input type="checkbox"/>	別紙で確認	
本人確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード				<input type="checkbox"/> 運転免許証				<input type="checkbox"/> パスポート		交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口

- 1

個人番号 My Number (Individual Number)

12-digit number. Leave blank on first registration — it will be mailed to you after.
- 2

☐ 別紙で確認 ☐ Confirmed by separate document

Check this box if you're providing additional documentation on a separate sheet to verify your information.
- 3

保険料の口座振替 Insurance premium automatic bank transfer

Check this box if you want insurance premiums automatically deducted from your bank account instead of paying manually
- 4

☐ する ☐ しない (加入する方のみご記入ください) Do not / To do/perfor / Person who

This typically appears before other text to indicate something should not be done or does not apply This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling
- 5

窓口 Window/Counter

Write the counter number or window where you are submitting this form at the government office. If you're unsure, you can ask the staff member helping you which counter number to write, or leave it blank as they may fill it in for you.



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