

No.

国民健康保険特定疾病認定申請書						
被保険者証の 記号番号	記号	市	番号		種別	一般・退職
認定を受けようとする被保険者の氏名及び生年月日	氏名				性別	男・女
	個人番号					
	生年月日		昭・平・令 年 月 日			
特定疾病の名称 該当する番号に○印を付けてください。	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全。 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害。 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群。 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)					
国民健康保険特定疾病認定書を上記のとおり申請します。						
年 月 日 世帯主 住所 市川市 丁目 番号 () 氏名 個人番号 市川市長 あて 電話 ()						
証 明 書						
上記 _____ は <div>1 人工腎臓を実施している慢性腎不全。 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害。 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群。 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)</div> 治療していることを証明します。						
年 月 日 医療機関の 所在地 名称 医師名 印						

Ichikawa — 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

No.

国民健康保険特定疾病認定申請書				
被保険者証の 記号番号	記号	市	番号	種別 一般・退職
認定を受けようとする 被保険者の氏名及	氏名			性別 男・女

- 1 国民健康保険特定疾病認定申請書 National Health Insurance
Japan's public health insurance for self-employed, unemployed, and those not covered by employer insurance. Enrollment is mandatory.
- 2 被保険者証の記 [被保険者証の記]
- 3 一般・退職 [一般・退職]
- 4 号号 [号号]
- 5 男・女 Male・Female
Circle or check the appropriate gender option
- 6 認定を受けようとする [認定を受けようとする]
- 7 る被保険者の氏名及 Full name
Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.



セクション 2 — Section 2 (Part 2/2)

	世帯主	住 所	市川市	丁目	番 号	
--	-----	-----	-----	----	-----	--

1

丁目 [丁目]



セクション 3 — Section 3

1 () [()]

2 氏名 Full name

3 個人番号 My Number (Individual Number)

4 電話 Phone number

5 市川市長 あて [市川市長 あて]

1 人工腎臓を実施している慢性腎不全。 [1 人工腎臓を実施している慢性腎不全。]

2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害。 [2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子]

3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群。 [3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群。]

(HIV 感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る) [(HIV 感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)]

上記 は [上記 は]

治療していることを証明します。

- 1 () [()]
- 2 氏名 Full name
Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.
- 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 Phone number
Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.
- 5 市川市長 あて [市川市長 あて]
- 6 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全。 [1 人工腎臓を実施している慢性腎不全。]
- 7 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子 [2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子]
- 8 上記 は [上記 は]
- 9 障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害。 [障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害。]
- 10 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群。 [3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群。]
- 11 (HIV 感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る) [(HIV 感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)]
- 12 治療していることを証明します。



セクション 4 — Section 4

1

治療していることを証明します。

2

年 月 日

3

所在地

4

医療機関の

5

名 称

6

医 師 名

印

- 1 治療していることを証明します。
- 2 年 月 日 [年 月 日]
- 3 所在地 [所在地]
- 4 医療機関の [医療機関の]
- 5 名称 [名称]
- 6 医師名 [医師名]



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