

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><b>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記入ください。</b></p>					<p>住所 鎌倉市御成町18番10号</p> <p>姓主 氏名 鎌倉 太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span></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 <u>(マイナンバー番号12桁)</u></p>
被保険者証の記号・番号		05-12345678		<p>被保険者氏名 <b>鎌倉 太郎</b></p> <p>世帯主と続柄 <b>本人</b></p>	
発病・負傷年月日		(装具の必要性を医師が認めた日)		生年月日 S30年1月1日	個人番号 <u>(マイナンバー番号12桁)</u>
傷病名		(意見書に記載されている傷病名)		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)		
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)		
療養の給付を受けることができなかつた理由		<p><b>装具の申請</b></p> <hr/> <hr/> <hr/>			
発病の原因				療養の内容	コルセット
傷病の経過				療養に要した費用	(医療適用内の領収書金額) 円
審査決定金額		円		支給金額 7・8・9・10割	円
次のとおり決定してよいでしょう(伺い)					起案
課長	課長補佐	係長	係	担当	裁判
区分 (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 文店				<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

The form is a white rectangular document with black text and some red highlights. A vertical blue box on the right side contains the text "必ずご捺印ください" (Please stamp). Red numbers 1 through 11 are placed next to various fields and instructions. A blue speech bubble contains text about contacting the applicant.

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 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。  
5 住所  
6 (宛先)鎌倉市長  
7 帯主 氏名  
8 電話  
9 個人番号 (マイナンバー番号12桁) さ  
10 11

1 第3号様式(第13条) Form No. 3 (Article 13)

This is a form reference number - you don't need to fill this in

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 Reiwa era

Current Japanese era that began May 1, 2019. Used in official dates.

4 申請内容等についてご連絡 Application

This indicates the form is an application that requires submission

5 住所 鎌倉市御成町 18 番 10 号 ご 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 To: Mayor of Kamakura City

This is pre-printed - indicates the form is addressed to the mayor

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。 Please fill in

This is an instruction asking you to fill in your daytime contact phone number in the telephone field below, as they may need to contact you about your application.

10 電話 0467 (23)3000 Phone 0467 (23) 3000

Enter your phone number where you can be reached during business hours - use the format shown with area code in parentheses, like 0467(23)3000.

11 個人番号 (マイナンバー番号12桁) さ 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



## 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 (マイナンバー番号12桁)
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
発病・負傷年月日	(装具の必要性を医師が認めた日)	生年月日	S30 年 1 月 1 日	個人番号 (マイナンバー番号12桁)
旨 実 タ	(意見書に記載されて	疾患項目		年 月 日 令和

に  
さ  
い。

1 個人番号 (マイナンバー番号12桁) さ 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

This medical treatment is not due to third-party action (accident, fight, etc.)  
Check this box to confirm your medical treatment was not caused by an accident or fight involving another party

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 Insurance card

Refers to your national health insurance card - this field likely continues with additional text

6 本人 Self (head of household)

Check this box if you are the head of household/primary insured person. This is typically checked if the insurance card is in your name.

7 05 - 1 2 3 4 5 6 7 8 05-12345678

This appears to be a form number or reference code - no action needed from you as it's pre-printed on the form

8 鎌倉 太郎 Kamakura Taro

This is an example name showing the format - write your full name in katakana characters with proper spacing

9 続柄 Relationship to head of household

See relationship terms table.

10 発病・負傷 (装具の必要性を医師が生年月日 Date of birth

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

11 個人 Individual

Used to distinguish individual applications from household or corporate ones

12 (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

13 S30 年 1 月 1 日 番号 Number

Enter the relevant identification number (My Number, insurance number, etc.) as specified in the form context



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

<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>		に さ い。
被保険者証の記号・番号	05-12345678	被保険者氏名	鎌倉 太郎	世帯主と統柄
発病・負傷年月日	(装具の必要性を医師が認めた日)	生年月日	S30 年 1 月 1 日	個人番号 (マイナンバー番号12桁)
旨 実 タ	(意見書に記載されて	疾患詳細		年 月 日 口のみ)

14 認めた日 ) Date approved)

Enter the date when the doctor determined that medical treatment was necessary.

This should match the date on your medical opinion letter (意見書).

15 ( 意見書に記載されて Fill in

This indicates where you should write or enter information

## セクション 2 — Section 2 (Part 2/2)

傷病名	(意見書に記載されて いる場合)	① 療養期間	② 年 月 日から
-----	---------------------	--------	-----------

1 療養期間 Treatment period

Enter the dates you were receiving medical treatment or unable to work due to illness

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)

1. 傷病名 傷病名	2. (意見書に記載されている傷病名) (意見書に記載されて いる傷病名)		3. 療養期間 300 年 月 1 日	4. 年月日から 年 月 日から
5. 対象者区分 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 checked="" 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
6. 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 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)			
7. 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 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)			
8. 療養の給付を受 13. 装具の申請				

1. ( 意見書に記載されて Fill in

This indicates where you should write or enter information

2. 療養期間 Treatment period

Enter the dates you were receiving medical treatment or unable to work due to illness

3. 年月日から From

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

4.  一般被保険者 General insured person

Check this box if you are a regular national health insurance member (not a dependent)

5.  乳児 Infant

Check this box if registering an infant (typically under 1 year old)

6.  65~69歳 Age 65-69

Check this box if you are between 65 and 69 years old

7. 対象者区分  退職被保険者本人 Eligible person category  Retired insured person (primary)

Check this box if you are the primary holder (not dependent) of retirement-based national health insurance

8.  退職被保険者家族 Dependent of retired insured person

Check if you are a family member/dependent of someone who retired from company insurance

9.  ひとり親 Single parent

Check if you are raising children as a single parent - may qualify for benefits or reduced fees

10.  高齢一定以上 Elderly (above certain age)

Checkbox for seniors above a specific age threshold (usually 65 or 70)

11. 院、診療所、薬局その他の者の名称及 ( 病院名 ) 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 Physician or dentist engaged in medical treatment or dispensing

For medical professionals only - select if you are a doctor or dentist who provides treatment or prescriptions

13. ( 医師の名前 ) (Doctor's name)

Enter the full name of your attending physician or family doctor if required for municipal health insurance registration.

14. 装具の申請 Application

This indicates the form is an application that requires submission



セクション 3 — Section 3 (Part 1/2) (continued)

年 月 日		備考	
傷病名	(意見書に記載されている傷病名)	療養期間	
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)		
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)		
療養の給付を受	・ 装具の申請		

### 療養の給付を受 Receipt of medical benefits

This appears to be an incomplete phrase - likely continues with additional text about receiving medical treatment benefits.

15

## 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	コルセット
④ 傷病の経過	⑤ 療養に要した費用	⑥ (医療適用内の領収書金額) 円

① なかつた理由 Reason for not

Complete the sentence by explaining why something did not happen or was not done

② 発病の原因 Cause of illness

Describe what caused your medical condition or illness

③ 療養の内容 コルセット Details of medical treatment Corset

If you received a medical corset/back brace as treatment, write "コルセット" or the specific type of orthopedic device prescribed by your doctor.

④ 傷病の経過 Course of illness/injury

Describe the progression and changes in your medical condition over time

⑤ 療養に要した費用 Medical expenses incurred

Enter total amount spent on medical treatment or healthcare services

⑥ ( 医療適用内の領収書金額 ) 円 (Receipt amount within medical coverage) yen

Enter the total amount from medical receipts that were covered by insurance (not out-of-pocket expenses)



Form p.1

## セクション 4 — Section 4

1 傷病の経過	2 療養に要した費用					3 (医療適用内の領収書金額) 円
4 審査決定金額	5 支給金額 7・8・9・10割					6 円
7 次のとおり決定してよいでしょう か。 8 (伺い)					8 起案	9 ..
9 課長	10 課長補佐	11 係長	12 係	13 担当	14 決裁	15 承認番号
					16 世帯主の口座情報を	

1 傷病の経過 Course of illness/injury

Describe the progression and changes in your medical condition over time

2 療養に要した費用 Medical expenses incurred

Enter total amount spent on medical treatment or healthcare services

3 (医療適用内の領収書金額) 円 (Receipt amount within medical coverage) yen

Enter the total amount from medical receipts that were covered by insurance (not out-of-pocket expenses)

4 審査決定金額 Approved amount

Staff use only - do not fill in

5 7・8・9・10割 70%/80%/90%/100%

Insurance coverage percentage - check the box that applies to your coverage level

6 次のとおり決定してよいでしょう May this be decided as follows?

Staff use only - do not fill in

7 (伺い) 起 Inquiry/Draft

Staff use only - do not fill in

8 ..

9 ..

10 課長 課長補佐 係長 Section Chief, Assistant Section Chief, Supervisor

Staff use only - do not fill in

11 担当 決 Person in charge decision

Staff use only - do not fill in

12 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.



## セクション 5 — Section 5 (Part 1/2)

区分	<input type="checkbox"/> 承認します <input type="checkbox"/> 承認しません (理由)	承 認 番 号	支 給 簿 番 号		支給	
受付	審査依頼	審査終了受付	鎌倉 銀行		鎌倉 本店	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口 座 振	口座番号	口座名義(カタカナ)			

① 世帯主の口座情報を  
記入してください。

1 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.

2 記入してください。 Please / Please / Please

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

3 区分 Category

Select the type of registration change (e.g., moving in, moving out, address change)

4 支給簿番号 Payment record number

This number is typically assigned by the municipal office - leave blank unless specifically instructed

5 (理由) Reason

Select or write the reason for your request (e.g., moving, marriage, job change)

6 審査依頼 Request for examination

Staff use only - do not fill in

7 審査終了受付 Reception / Received

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

8 受付 Reception / Received

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

9 ..

10 ..

11 ..

12 鎌倉 銀行 鎌倉 本店 Head office / Bank

Enter the main office address of your company or organization Enter the name of your bank for direct deposit or payment purposes

13  普通預金 Regular savings account

Check this box if using a regular savings account for automatic payments or refunds

14 支店 Branch

For bank branch name when providing financial information

15 振口座番号 Account number

Your bank account number (usually 7 digits).



## セクション 5 — Section 5 (Part 2/2)

	振込	口座番号 1 2 3 4 5 6 7	口座名義(カタカナ) カマクラ タロウ
--	----	-----------------------	------------------------

1 1234567 1234567

Write the bank account number for the account where you want tax refunds or payments to be processed. This should be a 7-digit number for most Japanese bank accounts.

2 カマクラ タロウ KAMAKURA TARO

This is an example name showing the katakana format required



Form p.1

## セクション 6 — Section 6

①	振込	口座番号 ② 1 2 3 4 5 6 7	口座名義(カタナ)	カマクラ タロウ
---	----	-------------------------	-----------	----------

## 1 振口座番号 Account number

Your bank account number (usually 7 digits).

## 2 1 2 3 4 5 6 7 1234567

This appears to be a reference number or code field where you should enter the 7-digit number '1234567' as shown. This is likely a pre-printed reference number that you should copy exactly as displayed, or it may be an example showing the format for a number you need to obtain from accompanying documentation.

## 3 カマクラ タロウ KAMAKURA TARO

This is an example name showing the katakana format required



Form p.1

## 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