

様式第 1 2 号（第 8 条関係）

市川市国民健康保険葬祭費支給申請書兼請求書

市川市長 年 月 日

〒

葬祭執行者 住所

フリガナ氏名 電話番号

個人番号

市川市国民健康保険葬祭費の支給を下記のとおり申請します。なお、支給の決定を受けた場合は、当該支給の決定に係る金額を下記の振込先に振り込んでください。

記

死亡者関係事項	被保険者証の記号及び番号	記号	市	番号	申請額	<input type="checkbox"/> 50,000円	<input type="checkbox"/> 70,000円
	死亡年月日	年 月 日					
	死亡者の氏名					申請人との続柄	
	死亡の原因	<input type="checkbox"/> 疾病等 <input type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故等）					
	葬祭執行年月日	年 月 日					
振込先口座	振込先金融機関			銀行金庫組合	本店支店出張所		
	預金種類	普通・当座		口座番号			
	口座名義人	フリガナ					

（事務処理欄）

- ☐ 会葬礼状・葬儀に要した費用の領収書・その他喪主確認できる書類
- ☐ 国保加入3ヶ月以上
- ☐ 記入もれ確認

加入日	受付者	入力	確認
年 月 日			

受付印

# 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

様式第 1 2 号 (第 8 条関係)

市川市国民健康保険葬祭費支給申請書兼請求書

市川市長 年 月 日

〒

葬祭執行者 住所

フリガナ 氏名 電話番号

個人番号

市川市国民健康保険葬祭費の支給を下記のとおり申請します。なお、支給の決定を受けた場合は、当該支給の決定に係る金額を下記の振込先に振り込んでください。

記

被保険者証の記号及び番号	記号	市	番号	申請額	<input type="checkbox"/> 50,000円
					<input type="checkbox"/> 70,000円

- 1

様式第 1 2 号 (第 8 条関係) Form No. 12 (Related to Article 8)

This is a pre-printed form identifier that indicates Form No. 12 related to Article 8 - you don't need to write anything here.
- 2

市川市国民健康保険葬祭費支給申請書兼請求書 National Health Insurance

Japan's public health insurance for self-employed, unemployed, and those not covered by employer insurance. Enrollment is mandatory.
- 3

年 月 日 Year \_\_ Month \_\_ Day \_\_

Fill in the date using the Japanese calendar format (year/month/day with numbers only)
- 4

市川市長 Mayor of Ichikawa City

This is pre-printed text addressing the Mayor of Ichikawa City - you don't need to fill this in as it's already completed.
- 5

〒 - Postal Code

Enter your 7-digit Japanese postal code in the format ###-####
- 6

住所 Address

Write your current residential address in Japan exactly as it appears on official documents
- 7

葬祭執行者 Funeral/Memorial Service Officiant

Enter the name of the person who conducted or organized the funeral or memorial service for the deceased
- 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

電話番号 Phone number

Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.
- 10

個人番号 My Number (Individual Number)

12-digit number. Leave blank on first registration — it will be mailed to you after.
- 11

市川市国民健康保険葬祭費の支給を下記のとおり申請します。なお、支給の決定を受けた National Health Insurance /

Japan's public health insurance for self-employed, unemployed, and those not covered by employer insurance. Enrollment is mandatory.
- 12

申 50,000円 Application ☐ 50,000 yen

N/A - This appears to be a fee amount or checkbox item, but context is unclear from the fragment alone



セクション 1 — Section 1 (continued)

様式第 1 2 号 (第 8 条関係)

市川市国民健康保険葬祭費支給申請書兼請求書

市川市長

年 月 日

〒

—

葬祭執行者

住所

フリガナ

氏名

電話番号

個人番号

—

—

市川市国民健康保険葬祭費の支給を下記のとおり申請します。なお、支給の決定を受けた場合は、当該支給の決定に係る金額を下記の振込先に振り込んでください。

記

被保険者証の 記号及び番号	記号	市	番号	申請額	<input type="checkbox"/> 50,000円
					<input type="checkbox"/> 70,000円

13 被保険者証の Insurance card

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

セクション 2 — Section 2 (Part 1/2)

死亡者関係事項	死亡年月日	年	月	日	
	死亡者の氏名	申請人との続柄			
	死亡の原因	<input type="checkbox"/> 疾病等 <input type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故等）			
	葬祭執行年月日	年	月	日	
振込	振込先金融機関	銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所		
	預金種類	普通	当座	口座番号	

- 1 死亡年月日 Date / Death  
Write in YYYY/MM/DD format (e.g., 2024/03/15) Check this box if reporting a death in the family
- 2 年 月 日 Year Month Day  
Fill in the date using the Japanese calendar year format (e.g., Reiwa 6 for 2024)
- 3 申請人との Application  
This indicates the form is an application that requires submission
- 4 死亡者の氏名 Full name  
Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.
- 5 死亡の原因 Death  
Check this box if reporting a death in the family
- 6 ☐ 疾病等 ☐ 第三者行為（交通事故等） Third-party act  
Check if injury/illness was caused by another person (traffic accident, workplace injury, etc.)
- 7 葬祭執行年月日 Date  
Write in YYYY/MM/DD format (e.g., 2024/03/15)
- 8 年 月 日 Year Month Day  
Fill in the date using the Japanese calendar year format (e.g., Reiwa 6 for 2024)
- 9 本店 Head office  
Enter the main office address of your company or organization
- 10 銀行 Bank  
Enter the name of your bank for direct deposit or payment purposes
- 11 金融機関 Financial institution  
Enter your bank, credit union, or other financial institution name for direct deposit/withdrawal
- 12 組合 Association/Union  
Leave blank unless you belong to a specific community association, cooperative, or union that requires registration with your address
- 13 出張所 Branch office  
Select the municipal branch office where you are submitting this form
- 14 普通 ・ 当座 Regular / Temporary/Interim  
This typically refers to regular/standard processing or service type Staff use only - do not fill in



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

死亡者関係事項	死亡年月日	年		月	日					
	死亡者の氏名	申請人との続柄								
	死亡の原因	<input type="checkbox"/> 疾病等 <input type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故等）								
	葬祭執行年月日	年		月	日					
振込	振込先金融機関	銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所							
	預金種類	普通	当座	口座番号						

15

口座番号 Account number  
Your bank account number (usually 7 digits).

セクション 2 — Section 2 (Part 2/2)

振込	預金種類	普通	・	当座	口座番号										
----	------	----	---	----	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- 1
- 預金種類

Type of deposit/bank account type

Select the type of bank account (e.g., ordinary/普通, savings/貯蓄, checking/当座) for direct debit of municipal taxes or fees



セクション 3 — Section 3

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

込 先 口 座	預金種類	普通	当座	口座番号										
	フリガナ													
	口座 名義人													
（事務処理欄）														受付印
<input type="checkbox"/> 会葬礼状・葬儀に要した費用の領収書・その他喪主確認できる書類														
<input type="checkbox"/> 国保加入3ヶ月以上														
<input type="checkbox"/> 記入もれ確認														
加入日		受付者		入力		確認								
年 月 日														

- 1
- 普通      当座      Regular / Temporary/Interim
- This typically refers to regular/standard processing or service type Staff use only - do not fill in
- 2
- 口座番号      Account number
- Your bank account number (usually 7 digits).
- 3
- 預金種類      Type of deposit/bank account type
- Select the type of bank account (e.g., ordinary/普通, savings/貯蓄, checking/当座) for direct debit of municipal taxes or fees
- 4
- フリガナ      Phonetic reading (katakana)
- Write the katakana reading of your name. For foreign names, this IS your name in katakana.
- 5
- 名義人      Name holder/Registrant
- Enter the name of the person whose name the residence is registered under (usually the head of household or main tenant)
- 6
- （事務処理欄）      Processing
- Staff use - processing status. Do not fill in.
- 7
- 受付印      Reception / Received / Seal (inkan / hanko)
- Staff use - indicates form was received. Do not fill in. Personal seal stamp. Most ward offices accept a written signature for foreigners instead.
- 8
- ☐ 会葬礼状・葬儀に要した費用の領収書・その他喪主確認できる書類      Other
- Use this section for any additional information not covered in other fields
- 9
- ☐ 記入もれ確認      Confirmation / Fill in
- Staff use only - do not fill in
- 10
- 加入日      Date of enrollment
- Enter the date you joined/enrolled in the relevant system (such as national health insurance or pension system)
- 11
- 受付者      Reception / Received
- Staff use - indicates form was received. Do not fill in.
- 12
- 入力      Data entry
- Staff use - data entry field. Do not fill in.
- 13
- 確認      Confirmation
- Staff use only - do not fill in





セクション 3 — Section 3 (continued)

込 先 口 座	1預金種類	3普通	・	当座	2口座番号									
		4フリガナ												
	5口座 名義人													

6(事務処理欄)

7受付印

8☐ 会葬礼状・葬儀に要した費用の領収書・その他喪主確認できる書類

9☐ 国保加入3ヶ月以上

10☐ 記入もれ確認

10加入日	11受付者	12入力	13確認
14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

## 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