

介護保険送付先指定等届出書について

1. 必要書類

- ①介護保険送付先指定等届出書
- ②届出人の本人確認書類と添付書類

| 届出人 | 必要書類 | ※郵送申請の場合、本人確認書類の写しが必要となります。 |
|----------------------|--|-----------------------------|
| 被保険者 (AまたはBのいずれか) | A 有効期限内・顔写真付き 官公署発行の本人確認書類 1点 運転免許証、マイナンバーカード、パスポート、障がい者手帳、在留カード等1点 | |
| | B 有効期限内・顔写真無し 官公署発行の本人確認書類 2点 健康保険の資格確認書、介護保険証、介護保険負担割合証、年金手帳等2点 | |
| 後見人・保佐人等 | 後見人等の本人確認書類(AまたはBのいずれか)、登記事項証明書(写)、後見開始の審判書(写)、代理行為目録(写)等 | |
| ケアマネジャー | 介護支援専門員証と社員証(勤務先がわかるもの)、委任欄の記入ができない場合は送付先申請代理申述書 | |
| 親族等上記以外 | 届出人の本人確認書類(AまたはBのいずれか)、委任欄の記入ができない場合は送付先申請代理申述書 | |

2. 送付先変更の注意事項

- ①送付先を指定する場合には必ず関係する親族に知らせてください。
- ②申請してから介護保険課で確認をするまでに時間を要するため、その間の発送物が送付先指定前の住所へ届く場合があります。
- ③送付物の宛名には被保険者の氏名も記載されます。例) ○○ ○○様 (被保険者の氏名 様分)
- ④送付先を一度設定すると、届け出がない限り変更されません。指定を終了、変更する場合は速やかに届け出してください。
- ⑤この届け出は介護保険課の取り扱い書類のみ対象となります。
- ⑥届出書の記載や必要書類等に不備があった場合はご連絡しますので、日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。

3. 記入例

①送付先の変更を希望する

被保険者の氏名、生年月日

被保険者番号、電話番号、住所
を記載してください。

②届け出をされる区分にチェックをしてください。

③送付先の指定等を希望する書類の番号
にチェックをしてください。

④送付先の指定等をする理由に
チェックをしてください。

⑤送付先として指定される氏名(宛名)

住所、電話番号、続柄を記載してください。

氏名(宛名)欄が空欄の場合、宛名は

被保険者の氏名となります。

被保険者の氏と送付先となる方の

氏が違う場合には必ず方書(○○方)

を記載してください。

⑥送付先の届出書を出される場合は必ず本人
及び関係する親族にその旨をお知らせください。
お伝えが済んでいることを確認し、
□にチェックをしてください。

⑦届出人が送付先と同じ場合や
被保険者と同じ場合は、□にチェックを
してください。

それ以外の場合は氏名、続柄、電話番号
住所を記載してください。

⑧届出人が被保険者以外の場合、
委任欄に署名してください。

自署が難しい場合は、送付先指定
代理申述書を提出してください。

| | | | |
|---------------------|--------|-------|----------------|
| 藤沢市長 次のとおり届け出ます。 | | 年 月 日 | |
| 被保険者 | 氏名 | フリガナ | 生年月日 |
| | 被保険者番号 | | 明・大・昭 年 月 日 |
| | 住所 | 電話番号 | |

| | | |
|--------------|--|---|
| 届出の区分 | | <input type="checkbox"/> 送付先の指定 <input type="checkbox"/> 送付先の変更 <input type="checkbox"/> 送付先指定の終了 |
| 送付先の指定等をする書類 | | <input type="checkbox"/> 1・介護保険に関するすべての書類 (2から5までのすべての書類) <input type="checkbox"/> 2・資格関係書類 (6歳未満・住民登録・居宅届出・再交付等に伴う被保険者証) <input type="checkbox"/> 3・保険料開帳書類 (納付書、還付通知等) <input type="checkbox"/> 4・認定関係書類 (認定期制通報と被保険者証等、負担限度額認定証、負担割合証) <input type="checkbox"/> 5・給付関係書類 (給付費支給受領決定通知書等) |
| 送付先の指定等をする理由 | | <input type="checkbox"/> 住民登録地と住所が異なるため <input type="checkbox"/> 書類の管理が難しいため <input type="checkbox"/> 一時的な施設入所、入院等で不在のため (退院等された場合は「終了」の届け出をしてください。) <input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> 年成後見制度の対象のため <input type="checkbox"/> その他 () |

| | | |
|------|----------|----------|
| 送付先 | 氏名(宛名) | フリガナ |
| | 〒 | |
| | 住所 | 方書(施設名等) |
| 電話番号 | 被保険者との関係 | |

| | | | |
|-----|---|----|------|
| 届出人 | <input type="checkbox"/> 送付先変更について、被保険者本人及びその関係する親族 承認済み | | |
| | <input type="checkbox"/> 送付先と同じ <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ (チェックを入れた場合、下記は記入不要) | | |
| | 氏名 | 続柄 | 電話番号 |
| 住所 | | | |

| | | | |
|-----|---|--------------|------|
| 委任権 | 私は、介護保険送付先指定等届出書に関する一切の権限を、上記届出人に委任します。 | | |
| | 年 月 日 | 被保険者(委任者) 氏名 | (自署) |

| | | | |
|-----------|---------|--|-----|
| 介護保険課 記入欄 | | 入力者 | |
| 受付 | 介護保険課認證 | <input type="checkbox"/> 来庁申請 <input type="checkbox"/> 郵送申請 <input type="checkbox"/> 委任権自署確認済 <input type="checkbox"/> 届出人確認書類 <input type="checkbox"/> 免・介・介・負・割 <input type="checkbox"/> 届出人資格確認 (ケアマネジャー・ケースワーカー) | 確認者 |
| | | <input type="checkbox"/> 同時に他申請有() 处理後: 後続処理者へ連絡済口 | |

| | |
|------------------------------|--|
| 書類の提出先・お問い合わせ先 | |
| 〒251-8601 藤沢市朝日町1番地の1 | |
| 藤沢市役所 介護保険課 資格・保険料担当 (本庁舎2階) | |
| TEL 0466(25)1111(内線3137) | |

Fujisawa — 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 (Part 1/2)

介護保険送付先指定等届出書について

1. 必要書類

- ① 介護保険送付先指定等届出書
② 届出人の本人確認書類と添付書類

| | | |
|--------------|---|-----------------------------|
| 届出人 | 必要書類 | ※郵送申請の場合、本人確認書類の写しが必要となります。 |
| 被保険者 | A 有効期限内・顔写真付き 官公署発行の本人確認書類 1点 | |
| (AまたはBのいずれか) | 運転免許証、マイナンバーカード、パスポート、障がい者手帳、在留カード等1点 | |
| | B 有効期限内・顔写真無し 官公署発行の本人確認書類 2点 | |
| | 健康保険の資格確認書、介護保険証、介護保険負担割合証、年金手帳等2点 | |
| 後見人・保佐人等 | 後見人等の本人確認書類(AまたはBのいずれか)、登記事項証明書(写)、後見開始の審判書(写)、代理行為目録(写)等 | |
| ケアマネジャー | 介護支援専門員証と社員証(勤務先がわかるもの)、委任欄の記入ができない場合は送付先申請代理申述書 | |
| 親族等上記以外 | 届出人の本人確認書類(AまたはBのいずれか)、委任欄の記入ができない場合は送付先申請代理申述書 | |

2. 送付先変更の注意事項

- ① 送付先を指定する場合には必ず関係する親族に知らせてください。
② 申請してから介護保険課で確認をするまでに時間を要するため、その間の発送物が送付先指定前の住所へ

介護保険送付先指定等届出書について Long-term Care Insurance

Insurance for elderly care services. Mandatory for residents 40+. Premiums deducted with health insurance.

1. 必要書類 [1. 必要書類]

2. 届出人の本人確認書類と添付書類 Identity verification documents / Applicant / Person filing the form

Documents that prove your identity. Primary: Residence Card, Passport, My Number Card. Secondary: Health Insurance Card, Driver's License. The person physically submitting the form. Usually yourself.

3. 必要書類 ※郵送申請の場合、本人確認書類の写しが必要となります。

Identity verification documents / . / Copy

Documents that prove your identity. Primary: Residence Card, Passport, My Number Card. Secondary: Health Insurance Card, Driver's License. Refers to certified copies of documents that may be required

4. 届出人 Applicant / Person filing the form

The person physically submitting the form. Usually yourself.

5. A 有効期限内・顔写真付き 官公署発行の本人確認書類 1点 Identity verification documents

Documents that prove your identity. Primary: Residence Card, Passport, My Number Card. Secondary: Health Insurance Card, Driver's License.

6. 被保険者 [被保険者]

7. (AまたはBのいずれか) 運転免許証、マイナンバーカード、パスポート、障がい者手帳、在留カード等 1点 My Number Card / Residence Card / My Number Card

Plastic IC card with your 12-digit Individual Number. Can be used as primary ID. Apply at your ward office after receiving the notification letter. ID card for foreign residents with mid- to long-term visas. Issued at the airport or immigration office. Must carry at all times.

8. B 有効期限内・顔写真無し 官公署発行の本人確認書類 2点 Identity verification documents

Documents that prove your identity. Primary: Residence Card, Passport, My Number Card. Secondary: Health Insurance Card, Driver's License.

9. 健康保険の資格確認書、介護保険証、介護保険負担割合証、年金手帳等 2点

Long-term Care Insurance / Health insurance card / Pension

Insurance for elderly care services. Mandatory for residents 40+. Premiums deducted with health insurance. Japanese health insurance card. Can serve as secondary ID at some banks.



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

介護保険送付先指定等届出書について

1. 必要書類

- ① 介護保険送付先指定等届出書
② 届出人の本人確認書類と添付書類

| | | |
|--------------|---|-----------------------------|
| 届出人 | 必要書類 | ※郵送申請の場合、本人確認書類の写しが必要となります。 |
| 被保険者 | A 有効期限内・顔写真付き 官公署発行の本人確認書類 1点 | |
| (AまたはBのいずれか) | 運転免許証、マイナンバーカード、パスポート、障がい者手帳、在留カード等1点 | |
| | B 有効期限内・顔写真無し 官公署発行の本人確認書類 2点 | |
| | 健康保険の資格確認書、介護保険証、介護保険負担割合証、年金手帳等2点 | |
| 後見人・保佐人等 | 後見人等の本人確認書類(AまたはBのいずれか)、登記事項証明書(写)、後見開始の審判書(写)、代理行為目録(写)等 | |
| ケアマネジャー | 介護支援専門員証と社員証(勤務先がわかるもの)、委任欄の記入ができない場合は送付先申請代理申述書 | |
| 親族等上記以外 | 届出人の本人確認書類(AまたはBのいずれか)、委任欄の記入ができない場合は送付先申請代理申述書 | |

2. 送付先変更の注意事項

- ① 送付先を指定する場合には必ず関係する親族に知らせてください。
② 申請してから介護保険課で確認をするまでに時間を要するため、その間の発送物が送付先指定前の住所へ

11 後見人・保佐人等後見人等の本人確認書類 (AまたはBのいずれか) 、登記事項証明書 (写) 、後見開始の審判書 (写) 、代理行為目録 (写)

Certificate of Registered Matters (company registry extract) / Identity verification documents

Issued by the Legal Affairs Bureau (法務局). Must be from the last 6 months.

¥480-600. Documents that prove your identity. Primary: Residence Card, Passport, My Number Card. Secondary: Health Insurance Card, Driver's License.

12 ケアマネジャー介護支援専門員証と社員証 (勤務先がわかるもの) 、委任欄の記入ができない場合は送付先申請代理申述書

Place of employment / Employer

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

13 親族等上記以外届出人の本人確認書類 (AまたはBのいずれか) 、委任欄の記入ができない場合は送付先申請代理申述書

Identity verification documents / Applicant / Person filing the form

Documents that prove your identity. Primary: Residence Card, Passport, My Number Card. Secondary: Health Insurance Card, Driver's License. The person physically submitting the form. Usually yourself.

14 2. 送付先変更の注意事項 Change

Check this box if you are making changes to existing information

15 ② 申請してから介護保険課で確認をするまでに時間を要するため、その間の発送物が送付先指定前の住所へ

Long-term Care Insurance / Address / To do/perform

Insurance for elderly care services. Mandatory for residents 40+. Premiums deducted with health insurance. Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address.

セクション 1 — Section 1 (Part 2/2)

- ③送付物の宛名には被保険者の氏名も記載されます。例) ○○ ○○様（被保険者の氏名様分）
- ④送付先を一度設定すると、届け出がない限り変更されません。指定を終了、変更する場合は速やかに届け出てください。
- ⑤この届け出は介護保険課の取り扱い書類のみ対象となります。
- ⑥届出書の記載や必要書類等に不備があった場合はご連絡しますので、日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。

3. 記入例

- ①送付先の変更を希望する

介護保険送付先指定等届出書

藤沢市長
次とおり届け出ます。

フリガナ

年月日

- ④送付先を一度設定すると、届け出がない限り変更されません。指定を終了、変更する場合は速やかに届け出てください。

1 Change / To do/perform

Check this box if you are making changes to existing information This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling

- ⑥届出書の記載や必要書類等に不備があった場合はご連絡しますので、日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。

2 Phone number

Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.

3 介護保険送付先指定等届出書 [介護保険送付先指定等届出書]

4 3. 記入例 Example of how to fill in

Sample form showing how to complete each field. Study this before filling your own form.

5 年 月 日 Year _ Month _ Day _

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

6 ①送付先の変更を希望する Change / To do/perform

Check this box if you are making changes to existing information This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling

7 次のとおり届け出ます。



セクション 2 — Section 2 (Part 1/2)

3. 記入例

①送付先の変更を希望する
被保険者の氏名、生年月日
被保険者番号、電話番号、住所
を記載してください。

②届け出をされる区分にチェックをして
ください。

③送付先の指定等を希望する書類の番号

| 介護保険送付先指定等届出書 | |
|---|--------|
| 1 年 | 月 日 |
| 3 藤沢市長 次のとおり届け出ます。 | |
| 2 氏名 | 4 リガナ |
| 5 被保険者番号 | 6 生年月日 |
| 7 住所 | 8 電話番号 |
| 10 留め置き | |
| 11 留め置き | |
| 12 留め置き | |
| 13 留め置き | |
| 14 留め置き | |
| 15 留め置き | |
| <input type="checkbox"/> 送付先の指定 <input type="checkbox"/> 送付先の変更 <input type="checkbox"/> 送付先指定の終了 1・介護保険に関するすべての書類 (2から5までのすべての書類) 2・資格関係書類 (6歳未満、住民登録、再交付等に伴う被保険者証) 3・保険料関係書類 (請求書、還付通知等) | |

1 年 月 日 Year __ Month __ Day __

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

①送付先の変更を希望する Change / To do/perform

2 Check this box if you are making changes to existing information This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling

次のとおり届け出ます。

フリガナ Phonetic reading (katakana)

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

氏名 [氏名]

生年月日 Date of birth

6 生年月日 Date of birth
Format: 年(year) 月(month) 日(day). Use Japanese calendar (令和/平成) or Western year.

年 月 日 Year Month Day

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

被保險者番号 電話番号 住所 Phone number / Address

8 住所及番号(手、電話番号) / 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.

保 险 被 保 畜 险 号 者 [保 险 被 保 畜 险 号 者]

● 電話番号 Phone number

10 電話番号 Phone number
Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.

住 所 [住 所]

②届け出をされる区分にチェックをして [②届け出をされる区分にチェックをして]

②届け出をされる区分にチェックをして ③届け出

Check this box if you are making changes to existing information

□ 2. 資格關係書類 (65歲到達・住所異動・居宅届出・再交付)
Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address. Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification).

送等付を先ずのる指書定類□3・保険料関係書類(納付書,還付通知等)



セクション 2 — Section 2 (Part 2/2)

| | | |
|--|--|--|
| <p>① ③送付先の指定等を希望する書類の番号にチェックをしてください。</p> <p>④ ④送付先の指定等をする理由にチェックをしてください。</p> <p>⑤ ⑤送付先として指定される氏名(宛名)住所、電話番号、続柄を記載してください。</p> | <p>送付先の指定等をする書類 ②</p> <p>③ 送付先の指定等をする理由 ⑤</p> <p>⑥ 氏名 (宛名)</p> <p>フリガナ</p> | <p>□ 1・介護保険に関するすべての書類（2から5までのすべての書類） <input type="checkbox"/> 2・資格関係書類（6歳未満・住民登録・居住届出・再交付等に伴う被保険者証） <input type="checkbox"/> 3・保険料関係書類（納付書、還付通知等） <input type="checkbox"/> 4・認定関係書類（認定結果通知と被保険者証等、負担限度額認定証、負担割合証） <input checked="" type="checkbox"/> 5・給付関係書類（給付費支給等決定通知書等） <input type="checkbox"/> 6・住民登録地ヶ印所が異なるため <input type="checkbox"/> 書類の管理が確実いため <input type="checkbox"/> 一時的な施設入所、入院等で不在のため <input type="checkbox"/> （退院等された場合は「終了」の届け出をしてください。） <input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> 成年後見制度の対象のため <input type="checkbox"/> その他（ ）</p> |
|--|--|--|

① ③送付先の指定等を希望する書類の番号 To do/perform

This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling

② □ 5・給付関係書類（給付費支給等決定通知書等） [□ 5・給付関係書類（給付費支給等決定通知書等）]

③ 送等付を先ずのる指理定由□ □ (一死時亡退院的の等なた施めされ設た入所場、合は入院「等終で了不」在の届のたけ出めをし
[送等付を先ずのる指理定由□ □ (一死時亡退院的の等なた施めされ設た入所場、合は入院「等終で了不」在の届のたけ出めをしてください。)]

④ チエ送ッ付ク先をのして指く定だ等さをいす。る理由に

⑤ □ その他 () Other (/ Other)

Use this field for any information that doesn't fit in the standard categories above Use this section for any additional information not covered in other fields

⑥ (宛名) [(宛名)]

⑦ 住所、電話番号、続柄を記載してください。 Phone number / Address / Relationship to head of household

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.



Form p.1

セクション3 — Section 3 (Part 1/2)

- ② ⑤送付先として指定される氏名(宛名)
住所、電話番号、続柄を記載してください。
氏名(宛名)欄が空欄の場合、宛名は
被保険者の氏名となります。
- ⑦ 被保険者の氏と送付先となる方の
氏が違う場合には必ず方書(○○方)
を記載してください。
- ⑫ ⑥送付先の届出書を出される場合は必ず本人
及び関係する親族にその旨をお知らせください。
- ⑬ お伝えが済んでいることを確認し、
□にチェックをしてください。
- ⑦届出人が送付先と同じ場合や
被保険者と同一場合は□にチェックしてください。

| | | | |
|---------------------------------------|---|------|--------|
| 1 氏名(宛名) | フリガナ | | |
| 2 送付先 | | | |
| 3 住所 | 方書(施設名等) | | |
| 4 電話番号 | 被保険者との関係 | | |
| □送付先変更について、被保険者本人及びその関係する親族了承済み | | | |
| □送付先と同じ □被保険者と同じ (チェックを入れた場合、下記は記入不要) | | | |
| 5 届出人 | 6 氏名 | 7 続柄 | 8 電話番号 |
| 9 住所 | | | |
| ※届出人が被保険者以外の場合は委任欄に被保険者が署名をしてください。 | | | |
| 10 委任欄 | 私は、介護保険送付先指定等届出書に関する一切の権限を、上記届出人に委任します。 | | |
| 11 年月日 | 12 被保険者(委任者)氏名 _____ (自署) | | |

1 (宛名) [(宛名)]

2 住所、電話番号、続柄を記載してください。 Phone number / Address / Relationship to head of household

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 先住所 Address

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

4 方書(施設名等) Building name / room number

Apartment/mansion name and room number. e.g. ○○マンション 301号室

5 被と保の関係者 [被と保の関係者]

6 電話番号 Phone number

Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.

7 氏が違う場合には必ず方書(○○方) Building name / room number

Apartment/mansion name and room number. e.g. ○○マンション 301号室

8 □送付先と同じ □被保険者と同じ (チェックを入れた場合、下記は記入不要)

[□送付先と同じ □被保険者と同じ (チェックを入れた場合、下記は記入不要)]

9 出人氏名 Full name

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

10 電番電話号 [電番電話号]

11 続柄 Relationship to head of household

See relationship terms table.

12 及び関係する親族にその旨をお知らせください。 To do/perform

This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling

13 □にチェックをしてください。 [□にチェックをしてください。]

14 私は、介護保険送付先指定等届出書に関する一切の権限を、上記届出人に委任します。

Long-term Care Insurance / Applicant / Person filing the form / .

Insurance for elderly care services. Mandatory for residents 40+. Premiums deducted with health insurance. The person physically submitting the form. Usually yourself.

15 被保険者(委任者)氏名 Full name

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



セクション3 — Section 3 (Part 2/2)

| | |
|---|--|
| <p>② ⑦届出人が送付先と同じ場合や 被保険者と同じ場合は、□にチェックを してください。</p> <p>③ それ以外の場合は氏名、続柄、電話番号 住所を記載してください。</p> | <p>欄 被保険者（委任者）氏名 _____ ① (自署)</p> <p>⑤ 介護保険課 受付 記入欄 <input checked="" type="checkbox"/> 来庁申請 <input checked="" type="checkbox"/> 郵送申請 <input type="checkbox"/> 届出人確認書類 <input type="checkbox"/> 委任欄自署認済 <small>(免・マ・介保・賃割)</small> <input type="checkbox"/> 同時に他申請有() 時処理後：後続処理者へ連絡済□ <small>確認者</small></p> <p>④ 入力者</p> |
|---|--|

1 (自署) [(自署)]

2 被保険者と同じ場合は、□にチェックを [被保険者と同じ場合は、□にチェックを]

3 それ以外の場合は氏名、続柄、電話番号 Phone number / Full name / Relationship to head of household
Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers. Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.

4 入力者 Data entry

Staff use - data entry field. Do not fill in.

5 受付介護保険課確認 Long-term Care Insurance

Insurance for elderly care services. Mandatory for residents 40+. Premiums deducted with health insurance.

6 □郵送申請 [□郵送申請]

7 □同時に他申請有() [□同時に他申請有()]



セクション 4 — Section 4

- ① それ以外の場合は氏名、続柄、電話番号
住所を記載してください。
 - ② ⑧届出人が被保険者以外の場合、
委任欄に署名してください。
 - ⑨ 自署が難しい場合は、送付先指定
代理申述書を提出してください。

| | | | | |
|------|-------------------|-------|------------------|-----------|
| ③ 受付 | 介護認証申請書 | | ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ | |
| | □來院申請 | □郵送申請 | ④ 委任権自署認証 | ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ |
| | □口頭入院確認書提出 | | ⑤ 同時に他申請有() | |
| | (免・マ・介保・料別) | | ⑥ 处理後: 後続処理へ連絡済□ | |
| | □口頭入院資格確認 | | | |
| | (ケアマネジャー・ケースワーカー) | | | |

書類の提出先・お問い合わせ先

〒251-8601 藤沢市朝日町1番地の1

・藤沢市役所 介護保険課 資格・保険料担当（本庁舎2階）

TEL 0466(25)1111(内線3137)

1 それ以外の場合は氏名、続柄、電話番号 Phone number / Full name / Relationship to head of household

Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers. Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.

⑥ 入力者 Data entry

Staff use - data entry field. Do not fill in.

受付介護保険課確認 Long-term Care Insurance

Insurance for elderly care services. Mandatory for residents 40+. Premiums deducted with health insurance.

郵送申請 郵送申請

同時に他申請有() 同時に他申請有()]

確認者 [確認者]

(免責事項) 处理後・後続処理者へ連絡窗口 Processing

（元） 井原 寶齋

②提出人が被保険者以外の場合 Applicant / Person filing the form

⑧届出人が被保険者以外の場合、Applicant / Person
in Charge

— 白黒が難しい場合は、送付先指定 — [白黒が難しい場合は、送付先指定]

目署が難しい場合は、送付先指定

藤沢市役所介護保険課資格・保険料担当（本庁舎2階） Long-term Care Insurance / Qualifications

Insurance for elderly care services. Mandatory for residents 40+. Premiums deducted with health insurance. Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)



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