

※長期該当見込み

|     |     |
|-----|-----|
| 受付者 | 受付印 |
|     |     |

|     |     |
|-----|-----|
| 受付者 | 受付印 |
|     |     |

## 国民健康保険生活療養標準負担額差額支給申請書

(あて先) 八尾市長

該当年月

令和 年 月 分

|                             |                     |          |    |      |       |    |    |    |  |
|-----------------------------|---------------------|----------|----|------|-------|----|----|----|--|
| 被保険者                        | 記号                  | 八国       | 番号 |      |       | 続柄 |    |    |  |
| 減額対象者                       | 氏名                  |          |    | 生年月日 | 年 月 日 |    |    |    |  |
|                             |                     |          |    | 個人番号 |       |    |    |    |  |
| 療養を受けた<br>保険医療機関            | 名称                  | 1 別紙のとおり | 2  |      |       |    |    |    |  |
|                             | 所在地                 | 1 別紙のとおり | 2  |      |       |    |    |    |  |
| 入院期間                        | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 |          |    |      |       |    | まで | 日間 |  |
| 入院期間に受けた生活療養に対し支払った額(標準負担額) |                     |          |    |      |       |    |    | 円  |  |
| 減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由     |                     |          |    |      |       |    |    |    |  |

上記のとおり申請し、支給金額については支給決定後、下記の金融機関口座に支払われるよう申請します。

令和 年 月 日

世帯主住所 八尾市

世帯主氏名

個人番号

電話番号 ( ) - - - )

振込希望金融機関

銀行 • 信用金庫  
農協 • 信用組合

支店 • その他 ( )

普通 • 当座 口座番号

口座名義人(世帯主)

金融機関コード

カタカナで記入

店番号

| 健 康 保 險 課 記 入 欄 |    |                       |        |  |        |
|-----------------|----|-----------------------|--------|--|--------|
| 長期該当日           |    |                       | レセ処理年月 |  | バッチーレセ |
| 令和 年 月 日        |    |                       | 令和 年 月 |  | -      |
| 差額<br>償還        | 1  | ( - ) × ( ) 回 = ( ) 円 |        |  |        |
|                 | 2  | ( - ) × ( ) 回 = ( ) 円 |        |  |        |
|                 | 3  | ( - ) × ( ) 回 = ( ) 円 |        |  |        |
|                 | 4  | ( - ) × ( ) 回 = ( ) 円 |        |  |        |
|                 | 5  | 却下 理由 ( )             |        |  |        |
|                 | 備考 |                       |        |  |        |

# Yao — 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)

1. ※長期該当見込み

|     |        |
|-----|--------|
| 受付者 | 2. 受付印 |
|     |        |

|        |        |
|--------|--------|
| 3. 受付者 | 4. 受付印 |
|        |        |

## 国民健康保険生活療養標準負担額差額支給申請書

8. (あて先) 八尾市長

| 6. 該当年月                   | 7. 令和 年 月分                                   |
|---------------------------|----------------------------------------------|
| 1. 被保険者<br>記号<br>八国<br>番号 | 8. 生年月日<br>10. 続柄<br>11. 年<br>12. 月<br>13. 日 |

1. ※長期該当見込み [※長期該当見込み]

2. 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.

3. 受付者 Reception / Received

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

4. 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.

5. 国民健康保険生活療養標準負担額差額支給申請書 National Health Insurance

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

6. 該当年月 [該当年月]

7. 令和 年 月分 [令和 年 月分]

8. (あて先) 八尾市長 [(あて先) 八尾市長]

9. 被保険者 [被保険者]

10. 記号 Symbol/Code

Leave blank unless you have a specific identification symbol or code number assigned by the municipality

11. 八国 [八国]

12. 番号 Number

Enter your residence card number or other relevant identification number as specified in the form instructions.

13. 続柄 Relationship to head of household

See relationship terms table.

14. 生年月日 Date of birth

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

15. 年 月 日 [年 月 日]



## セクション 1 — Section 1 (Part 2/2)

|          |      |            |   |      |   |   |   |
|----------|------|------------|---|------|---|---|---|
| ① 減額対象者  | ② 氏名 | 生年月日       |   |      | 年 | 月 | 日 |
| ④ 療養を受けた | ⑤ 名称 | 1 ⑧ 別紙のとおり | 2 | 個人番号 |   |   |   |

1 減額対象者 [減額対象者]

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 療養を受けた [療養を受けた]

5 名称 [名称]

6 別紙のとおり [別紙のとおり]



Form p.1

## セクション 2 — Section 2 (Part 1/2)

|                                                    |                                 |                          |        |
|----------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------|
| ① 療養を受けた<br>④ 保険医療機関                               | ② 名称<br>⑤ 所在地                   | 1 ③ 別紙のとおり<br>1 ⑥ 別紙のとおり | 2<br>2 |
| ⑦ 入院期間                                             | ⑨ 令和 年 月 日 ~ ⑩ 令和 年 月 日 ⑧ まで 日間 |                          |        |
| ⑪ 入院期間に受けた生活療養に対し支払った額(標準負担額)                      | 円                               |                          |        |
| ⑫ 減額認定証の交付申請又は提出ができた理由                             |                                 |                          |        |
| ⑬ 上記のとおり申請し、支給金額については支給決定後、下記の金融機関口座に支払われるよう申請します。 |                                 |                          |        |
| ⑭ 令和 年 月 日                                         |                                 |                          |        |
| ⑮ 世帯主住所 八尾市                                        |                                 |                          |        |

1 療養を受けた [療養を受けた]

2 名称 [名称]

3 別紙のとおり [別紙のとおり]

4 保険医療機関 Medical institution

Enter the name of your doctor's office, clinic, or hospital

5 所在地 Location

Used for business/organization address or property location rather than personal residence

6 別紙のとおり [別紙のとおり]

7 入院期間 [入院期間]

8 まで 日間 days

Usually follows a number to indicate duration in days

9 令和 年 月 日 [令和 年 月 日]

10 令和 年 月 日 [令和 年 月 日]

11 入院期間に受けた生活療養に対し支払った額 (標準負担額) [入院期間に受けた生活療養に対し支払った額 (標準負担額)]

12 減額認定証の交付申請又は提出ができた理由 Certificate

Refers to official certificates like income certificate, tax exemption certificate, etc.

13 上記のとおり申請し、支給金額については支給決定後、下記の金融機関口座に支払われるよう申請します。

14 令和 年 月 日 [令和 年 月 日]

15 世帯主住所 Head of household / Address

The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household. Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address.



## セクション 2 — Section 2 (Part 2/2)

|  |       |     |
|--|-------|-----|
|  | 世帯主住所 | 八尾市 |
|--|-------|-----|

1 八尾市 [八尾市]



Form p.1

## セクション3 — Section 3 (Part 1/2)

|                           |         |             |  |
|---------------------------|---------|-------------|--|
| 1. 世帯主住所                  | 2. 八尾市  |             |  |
| 3. 世帯主氏名                  |         |             |  |
| 4. 個人番号                   |         |             |  |
| 5. 電話番号                   | ( - - ) |             |  |
| 6. 振込希望金融機関               |         |             |  |
| 7. 支店                     |         |             |  |
| 8. その他 ( )                |         |             |  |
| 9. 普通                     | 10. 当座  | 11. 口座番号    |  |
| 12. 口座名義人(世帯主)<br>カタカナで記入 |         | 13. 金融機関コード |  |
|                           |         | 14. 店番号     |  |

1. 世帯主住所 Head of household / Address

The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household. Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address.

2. 八尾市 [八尾市]

3. 世帯主氏名 Head of household name

If you live alone, YOU are the head of household — write your own name.

4. 個人番号 My Number (Individual Number)

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

5. 電話番号 Phone number

Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.

6. 銀行 · 信用金庫 [銀行 · 信用金庫]

7. 振込希望金融機関 [振込希望金融機関]

8. 支店 [支店]

9. その他 ( Other

Use this field for any information that doesn't fit in the standard categories above

10. 普通 [普通]

11. 当座 [当座]

12. 口座番号 Account number

Your bank account number (usually 7 digits).

13. 金融機関コード [金融機関コード]

14. 口座名義人(世帯主) Account holder name / Head of household

Must match the name on the account exactly — usually in katakana. The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household.

15. 店番号 [店番号]



Form p.1

## セクション3 — Section 3 (Part 2/2)

|                          |     |
|--------------------------|-----|
| ① 姓 石井義八(西市土)<br>カタカナで記入 | 店番号 |
|--------------------------|-----|

1 カタカナで記入 [カタカナで記入]



Form p.1

## セクション 4 — Section 4

|                                                                                                    |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <span style="color: red;">1</span> <span style="color: red;">3</span> 壱石我八(世帯主)<br><b>カタカナ</b> で記入 | <span style="color: red;">2</span> 店番号 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|

- 1 口座名義人（世帯主） Account holder name / Head of household  
Must match the name on the account exactly — usually in katakana. The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household.

2 店番号 [店番号]

3 カタカナで記入 [カタカナで記入]

4 長期該当日 [長期該当日]

5 レセ処理年月 Processing  
Staff use - processing status. Do not fill in.

6 バッヂ - レセ [バッヂ - レセ]

7 令和 年 月 日 [令和 年 月 日]

8 令和 年 月 [令和 年 月]

9 ( - ) × ( ) 回 = ( ) 円  
[( - ) × ( ) 回 = ( ) 円]

10 ( - ) × ( ) 回 = ( ) 円  
[( - ) × ( ) 回 = ( ) 円]



## セクション 5 — Section 5

|             |                                                                    |
|-------------|--------------------------------------------------------------------|
| 領<br>償<br>還 | 3 ①( - ) × ( ) 回 = ( ) 円<br>4 ( - ) × ( ) 回 = ( ) 円<br>5 却下 理由 ( ) |
| 備<br>考      |                                                                    |

1  $( - ) \times ( ) \text{ 回} = ( ) \text{ 円}$   
 $[( - ) \times ( ) \text{ 回} = ( ) \text{ 円}]$

2 5却下 理由 ( )  
 $[5\text{却下 理由 ( )}]$

3 備考 Remarks / Notes

Space for additional information or special circumstances. Usually optional.



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