

令和 年度

葬祭費支給申請書

受付

芦屋市長 あて

芦屋市国民健康保険条例施行規則第14条に基づき申請します。

健康保険法第104条に基づく継続給付を受給しているか、以前加入していた保険者に照会することに同意します。

令和 年 月 日

申請者（葬祭者（喪主））

〒 _____

住所

電話

氏名

死亡者との続柄

※来庁者と申請者（葬祭者（喪主））が異なる場合は委任状が必要です。

死 亡 し た 人	氏名	被保険者番号	宛名番号	
	死亡年月日 令和 年 月 日	死亡原因 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 交通事故等第三者行為 <input type="checkbox"/> その他		
	葬祭年月日 令和 年 月 日	※交通事故等の第三者の行為が原因で死亡された場合は、 「第三者行為による傷病届」を提出してください。		
喪 主	※申請者と同じ場合は記入不要			
	氏名	死亡者との続柄	宛名番号	
振 込 先	<input type="checkbox"/> 喪主の公金受取口座を利用する（口座情報の記入は不要です。） ※利用は芦屋市在住の喪主に限ります。 ※下記に口座情報の記入があった場合は、記入された口座情報への振込を優先します。 ※公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。			
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する（下記へ口座情報をご記入ください。）			
コード	コード	預金種別	口座番号	フリガナ
銀行 信金	支店 出張所	1. 普通 2. 当座 3. 賢蓄		口座 名義人

受付者確認事項

事実確認	<input type="checkbox"/> 端末確認 <input type="checkbox"/> その他（ ）
添付書類	<input type="checkbox"/> 会葬礼状 <input type="checkbox"/> 葬儀領収書 <input type="checkbox"/> 葬儀請求書（葬儀日以後に発行されたものに限る）
上記添付書類にて喪主の確認ができない場合	<input type="checkbox"/> 葬祭者申立書 <input type="checkbox"/> 葬祭者本人確認書類写し
口座名義が申請者と異なる場合	<input type="checkbox"/> 受領委任状兼誓約書 <input type="checkbox"/> 委任者本人確認書類写し <input type="checkbox"/> 受任者本人確認書類写し
国保適用年月日	年 月 日
国保加入期間	<input type="checkbox"/> 3か月超 <input type="checkbox"/> 3か月以内（ <input type="checkbox"/> 社保被保険者 <input type="checkbox"/> 社保扶養 <input type="checkbox"/> 他国保・国組）
継続給付受給状況	<input type="checkbox"/> 傷病手当金・出産手当金受給中 <input type="checkbox"/> 受給終了後3か月以内 <input type="checkbox"/> 受給なし

※国保に加入して3か月以内に亡くなられた場合、傷病手当金・出産手当金受給中に亡くなられた場合または傷病手当金・出産手当金受給終了後3か月以内に亡くなられた場合については、国保加入前に加入していた社会保険から葬祭費（埋葬費）が受給できる場合があります。葬祭費（埋葬費）の受給ができる場合は、国民健康保険から葬祭費の支給は行いません。

Ashiya — 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)

③ 令和 年度
② 葬祭費支給申請書
① 受付

④ 芦屋市長 あて ⑤ 芦屋市国民健康保険条例施行規則第14条に基づき申請します。 ⑥ 健康保険法第104条に基づく継続給付を受給しているか、以前加入していた保険者に照会することに同意します。	⑦ 令和 年 月 日
⑧ 申請者（葬祭者（喪主）） 〒 — ⑨ 住所 ⑩ 氏名 ⑪ 電話 ⑫ 死亡者との続柄 ※来庁者と申請者（葬祭者（喪主））が異なる場合は委任状が必要です。	
⑬ 氏名 ⑭ 被保険者番号 ⑮ 宛名番号	

1 受付 [受付]

2 葬祭費支給申請書 [葬祭費支給申請書]

3 令和 年度 Fiscal year

Japanese fiscal year runs from April 1 to March 31

4 芦屋市長 あて [芦屋市長 あて]

5 芦屋市国民健康保険条例施行規則第14条に基づき申請します。 National Health Insurance / .

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

6 健康保険法第104条に基づく継続給付を受給しているか、以前加入していた保険者に照会することに同意します。

. / To do/perform

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

7 令和 Reiwa (era name)

This refers to the current Japanese era period that began in 2019 - you'll need to convert Western calendar years when filling dates on the form

8 月 日 [月 日]

9 申請者（葬祭者（喪主）） [申請者（葬祭者（喪主））]

10 住所 Address

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

11 電話 Phone number

Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.

12 氏名 Full name

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

13 死亡者との続柄 Relationship to head of household

See relationship terms table.

14 ※来庁者と申請者（葬祭者（喪主））が異なる場合は委任状が必要です。 Letter of proxy / Power of attorney / .

Required if someone else is filing on your behalf.

15 氏名 Full name

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



セクション 1 — Section 1 (Part 2/2)

1 氏名	① 被保険者番号	② 宛名番号
------	----------	--------

1 被保険者番号 Insured Person Number

Enter your health insurance member number found on your insurance card (国民健康保険証 or employee insurance card)

2 宛名番号 [宛名番号]



Form p.1

セクション 2 — Section 2 (Part 1/2)

死 亡 人 の 人	死亡年月日 令和 年 月 日	死亡原因 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 交通事故等第三者行為 <input type="checkbox"/> その他 ※交通事故等の第三者の行為が原因で死亡された場合は、「第三者行為による傷病届」を提出してください。			
	葬祭年月日 令和 年 月 日				
喪 主 の 人	※申請者と同じ場合は記入不要 氏名	<input type="checkbox"/> 死亡者との続柄 <input type="checkbox"/> 宛名番号			
振 込 先 の 人	<input type="checkbox"/> 喪主の公金受取口座を利用する (口座情報の記入は不要です。) ※利用は芦屋市在住の喪主に限ります。 ※下記に口座情報の記入があった場合は、記入された口座情報への振込を優先します。 ※公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。				
	コード	コード	預金種別	口座番号	フリガナ

1 亡死亡年月日 [亡死亡年月日]

2 死亡原因 [死亡原因]

3 令和 年 月 日 [令和 年 月 日]

4 病気 交通事故等第三者行為 その他 Other

Use this section for any additional information not covered in other fields

5 ※交通事故等の第三者の行為が原因で死亡された場合は、 [※交通事故等の第三者の行為が原因で死亡された場合は、]

6 人葬祭年月日 [人葬祭年月日]

7 令和 年 月 日 [令和 年 月 日]

8 ※申請者と同じ場合は記入不要 [※申請者と同じ場合は記入不要]

9 喪氏名 Full name

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

10 死亡者との続柄 Relationship to head of household

See relationship terms table.

11 宛名番号 [宛名番号]

12 喪主の公金受取口座を利用する (口座情報の記入は不要です。) / To do/perform

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

13 ※下記に口座情報の記入があった場合は、記入された口座情報への振込を優先します。

14 先振込口座を指定する (下記へ口座情報をご記入ください。) To do/perform

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

15 コード [コード]



セクション 2 — Section 2 (Part 2/2)

先	□ 振込口座を指定する（下記へ口座情報をご記入ください。）					
	コード ¹	コード ¹ 銀行 ⁵	コード ¹ 支店 ⁶	預金種別 ² 1. 普通	口座番号 ³ □ 番	フリガナ ⁴

1 コード [コード]

2 預金種別 [預金種別]

3 口座番号 [口座番号]

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 銀行 [銀行]

6 支店1. 普通 [支店1. 普通]



Form p.1

セクション3 — Section 3 (Part 1/2)

先 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する (下記へ口座情報をご記入ください。)										
コード 銀行 信金	コード 支 店 出張所	預金種別 1. 普通 2. 当座 3. 賢蓄	口座番号	フリガナ						
受付者確認事項										
事実確認 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 端末確認	□その他 ()								
添付書類 <input type="checkbox"/> 上記添付書類にて喪主 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 会葬礼状	<input type="checkbox"/> 埋儀領収書	<input type="checkbox"/> 埋儀請求書 (埋儀日以後に発行されたものに限る)							
	<input type="checkbox"/> 埋祭者由立書	<input type="checkbox"/> 埋祭者本人確認書類写し								

1 コード [コード]

2 コード [コード]

3 預金種別 [預金種別]

4 口座番号 [口座番号]

5 フリガナ Phonetic reading (katakana)

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

6 銀行 [銀行]

7 支店 1. 普通 [支店 1. 普通]

8 名義人 [名義人]

9 3. 賢蓄 [3. 賢蓄]

10 受付者確認事項 Reception / Received / Confirmation

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

11 事実確認 Confirmation

Staff use only - do not fill in

12 □端末確認 □その他 () Other (/ Other / Confirmation)

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

13 添付書類 [添付書類]

14 □会葬礼状 □埋儀領収書 □埋儀請求書 (埋儀日以後に発行されたものに限る)
[□会葬礼状 □埋儀領収書 □埋儀請求書 (埋儀日以後に発行されたものに限る)]

15 上記添付書類にて喪主 [上記添付書類にて喪主]



セクション3 — Section 3 (Part 2/2)

② 上記添付書類にて喪主の確認ができない場合	<input type="checkbox"/> 葬祭者申立書 <input type="checkbox"/> 葬祭者本人確認書類写し
④ 口座名義が申請者と異なる場合	<input type="checkbox"/> 受領委任状兼誓約書 <input type="checkbox"/> 委任者本人確認書類写し <input type="checkbox"/> 受任者本人確認書類写し
⑥ 国保適用年月日	⑤ ⑦ 年 月 日
⑧ 国保加入期間	<input type="checkbox"/> 3か月超 <input type="checkbox"/> 3か月以内 (<input type="checkbox"/> 社保被保険者 <input type="checkbox"/> 社保扶養 <input type="checkbox"/> 他国保・国組)
⑩ 継続給付受給状況	<input type="checkbox"/> 傷病手当金・出産手当金受給中 <input type="checkbox"/> 受給終了後3か月以内 <input type="checkbox"/> 受給なし
<p>※国保に加入して3か月以内に亡くなられた場合、傷病手当金・出産手当金受給中に亡くなられた場合または傷病手当</p>	

[※国保に加入して3か月以内に亡くなられた場合、傷病手当金・出産手当金受給中に亡くなられた場合または傷病手当]

1 葬祭者申立書 葬祭者本人確認書類写し Identity verification documents / Copy / Confirmation

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

2 口座名義が申請者と異 Account holder name

Must match the name on the account exactly — usually in katakana.

3 受領委任状兼誓約書 委任者本人確認書類写し 受任者本人確認書類写し

Identity verification documents / Letter of proxy / Power of attorney / Copy

Documents that prove your identity. Primary: Residence Card, Passport, My Number Card. Secondary: Health Insurance Card, Driver's License. Required if someone else is filing on your behalf.

4 国保適用年月日 [国保適用年月日]

5 年 月 日 [年 月 日]

6 国保加入期間 [国保加入期間]

7 3か月超 3か月以内 (社保被保険者 社保扶養 他国保・国組)

[3か月超 3か月以内 (社保被保険者 社保扶養 他国保・国組)]

8 継続給付受給状況 [継続給付受給状況]

9 傷病手当金・出産手当金受給中 受給終了後3か月以内 受給なし

[傷病手当金・出産手当金受給中 受給終了後3か月以内 受給なし]

10 ※国保に加入して3か月以内に亡くなられた場合、傷病手当金・出産手当金受給中に亡くなられた場合または傷病手当

[※国保に加入して3か月以内に亡くなられた場合、傷病手当金・出産手当金受給中に亡くなられた場合または傷病手当]



セクション 4 — Section 4

- ① 金・出産手当金受給終了後3か月以内に亡くなられた場合については、国保加入前に加入していた社会保険から葬祭費（埋葬費）が受給できる場合があります。葬祭費（埋葬費）の受給ができる場合は、国民健康保険から葬祭費の支給は行いません。

- 1 (埋葬費) が受給できる場合があります。葬祭費（埋葬費）の受給ができる場合は、国民健康保険から葬祭費の支給は行います。

National Health Insurance / Yes/There is / .

Japan's public health insurance for self-employed, unemployed, and those not covered by employer insurance. Enrollment is mandatory. This indicates affirmative response - check if applicable to your situation



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