


年 月 日

次のとおり申請します。

窓口に来た人(申請者本人の場合は記載不要)	
氏名	申請者との関係
住所	電話 ( )
代行	(地域高齢者支援センター・居宅介護支援事業所・地域密着型介護老人福祉施設・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)
上記事業者へ申請代行を依頼します。 被保険者氏名	

被保険者（認定を受ける方）	介護保険被保険者番号																				個人番号															
	医療保険	種別	<input type="checkbox"/> 秦野市国保 <input type="checkbox"/> 神奈川県後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 無																																	
		保険者名																保険者番号																		
		被保険者証	記号															番号																		
	氏名	ふりがな															性別		男    ・    女																	
																	生年月日		年    月    日																	
	住所	※上記住所に <input type="checkbox"/> 居住している <input type="checkbox"/> 居住していない    電話    (    )																																		
	上記住所に居住していない場合	入院・入所先の住所等、または居住地住所 住所    電話    (    )																																		
		施設名    病棟    階    号室																																		
		入院(入所)予定期間    年    月    日～    年    月    日																																		
	前回又は現在の要介護認定結果等    ※更新認定・区分変更認定の場合のみ記入																																			
	要介護状態区分		1    2    3    4    5					要支援状態区分		1    2																										
	有効期間		年    月    日    ～    年    月    日																																	
	区分変更申請の理由																																			
	主治医	医療機関名																診療科																		
所在地		電話    (    )															医師名																			
14日以内に他自治体から転入した方																																				
転出元市町村名 【    】 現在、転出元市町村に要介護・要支援認定を申請中ですか。    はい    いいえ (すでに認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。  申請日    年    月    日																																				
第2号被保険者の方 (40～64歳)		特定疾病名																																		

代筆者氏名

# Hadano — 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 (Part 1/2)

1

第7号様式 (省令第35条、第40条、第42条、第49条、第54条、第55条の2関係)

2

介護保険 要介護/要支援/要介護更新/要支援更新/要介護・要支援区分変更 認定申請書

3

☐新規 ☐更新 ☐要介護・要支援状態区分変更 ☐新規(要支援者の要介護への区分変更) ☐転入

4

※上の該当するものに「レ」点をつけてください。

5

年 月 日

6

(宛先)

7

秦野市長

8

次のとおり申請します。

9

窓口に来た人(申請者本人の場合は記載不要)

10

氏名

11

申請者との関係

12

住所

13

電話 ( )

14

代行

15

(地域高齢者支援センター・居宅介護支援事業所・地域密着型介護老人福祉施設  
指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)

16

上記事業者へ申請代行を依頼します。 被保険者氏名

- 1

第7号様式 ( 省令第35条、第40条、第42条、第49条、第54条、第55条の2関係 )  
Form No. 7 (Related to Ministerial Ordinance Articles 35, 40, 42, 49, 54, and 55-2)  
This is just the form title indicating it's Form No. 7 for long-term care insurance applications - no action needed from you.
- 2

☐新規 ☐更新 ☐要介護・要支援状態区分変更 ☐新規(要支援者の要介護への区分変更) ☐転入  
Moving in (from another municipality or abroad) / Change  
Check this box if you are making changes to existing information
- 3

※上の該当するものに「レ」点をつけてください。 To do/perform  
This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling
- 4

年 月 日 Year Month Day  
Fill in the date using the Japanese calendar year format (e.g., Reiwa 6 for 2024)
- 5

窓口に来た人 ( 申請者本人の場合は記載不要 ) Applicant / Service counter / Fill in  
Write the name of the person submitting this form Staff use only - indicates which counter/window processed your application
- 6

( 宛先 ) Addressee  
The person or office the form/document should be sent to
- 7

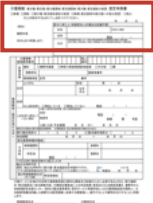
氏名 Full name  
Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.
- 8

申請者との関係 Applicant / Application  
Write the name of the person submitting this form This indicates the form is an application that requires submission
- 9

秦野市長 Mayor of Hadano City  
Pre-printed title - indicates the form is addressed to/processed by the mayor's office
- 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 ( ) Telephone ( )  
Enter your phone number in the parentheses - mobile or landline number where you can be contacted.



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

第 7 号様式（省令第 35 条、第 40 条、第 42 条、第 49 条、第 54 条、第 55 条の 2 関係）

介護保険 要介護/要支援/要介護更新/要支援更新/要介護・要支援区分変更 認定申請書

☐新規 ☐更新 ☐要介護・要支援状態区分変更 ☐新規（要支援者の要介護への区分変更） ☐転入

※上の該当するものに「レ」点をつけてください。

年 月 日

窓口に来た人（申請者本人の場合は記載不要）

氏名	申請者との関係
住所	電話（ ）
代行	(地域高齢者支援センター・居宅介護支援事業所・地域密着型介護老人福祉施設 指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)

上記事業者へ申請代行を依頼します。 被保険者氏名

(宛先)

秦野市長

次のとおり申請します。

- 12

次のとおり申請します。

This is a formal statement meaning 'I hereby apply as follows' - no action needed, it's just standard legal language on the form.
- 13

・ 指定介護老人福祉施設・ 介護老人保健施設・ 指定介護療養型医療施設・ 介護医療院 )

・ Designated Long-term Care Welfare Facilities for the Elderly・ Long-term Care Health Facilities for the Elderly・ Designated Long-term Care Medical F

Check this if you are residing in any of these elderly care facilities as your registered address.
- 14

代行 Acting on behalf of/Proxy

Check this box if someone else is submitting this form on your behalf (such as a family member or representative)
- 15

上記事業者へ申請代行を依頼します。 被保険者氏名 Full name / .

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

セクション 1 — Section 1 (Part 2/2)

介護保険 被保険者番号												個人 番号											
医療 種別		<input type="checkbox"/> 秦野市国保 <input type="checkbox"/> 神奈川県後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 無																					
保険者名												保険者番号											

- 1

個人 Individual

Used to distinguish individual applications from household or corporate ones
- 2

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)
- 3

種別 Type/Category

Select the type of registration change you're making (e.g., moving in, moving out, address change within the city)
- 4

☐ 秦野市国保    ☐ 神奈川県後期高齢者医療    ☐ その他    ☐ 無    Late-stage elderly (75+) / Other / None/Not applicable

Medical insurance category for those 75 and older. Different system from regular National Health Insurance. Use this section for any additional information not covered in other fields
- 5

保険者名 Insurer name

Name of your health insurance provider (e.g., company name or municipal government)
- 6

保険者番号 Insurer number

8-digit number on your health insurance card identifying your insurance provider



- 1 保険者名 Insurer name  
Name of your health insurance provider (e.g., company name or municipal government)
- 2 保険者番号 Insurer number  
8-digit number on your health insurance card identifying your insurance provider
- 3 被保険者証記号 Insured person  
The person covered by the insurance policy (usually yourself when applying)
- 4 番号 Number  
Enter your residence card number or other relevant identification number as specified in the form instructions.
- 5 ふりがな Furigana (phonetic reading)  
Write the phonetic pronunciation of your name in hiragana characters above or next to where you write your name in kanji/katakana
- 6 性別 Gender  
男 (otoko) = Male, 女 (onna) = Female. Circle the appropriate one.
- 7 男 ・ 女 Male · Female  
Circle or check the appropriate gender option that matches your official documents.
- 8 氏名 Full name  
Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.
- 9 生年 Date of birth  
Enter your birth year, month, and day as shown on your residence card or passport
- 10 年 月 日 Year \_\_\_\_ Month \_\_\_\_ Day \_\_\_\_  
Fill in the date using Japanese calendar format (typically Reiwa era year, then month and day in numbers)
- 11 保住所 Address  
Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address.
- 12 ※上記住所に ☐ 居住している ☐ 居住していない 電話 ( ) Address  
Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address.
- 13 入院・入所先の住所等、または居住地住所 Address  
Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address.

Figure 1 shows a completed Form 1041-SS, which is a tax return for a sole proprietorship. The form is titled "Form 1041-SS" and includes the following sections:

- Section 1: Income** - This section contains the "Income" field, which is filled with "10,000".
- Section 2: Deductions** - This section contains the "Deductions" field, which is filled with "2,000".
- Section 3: Tax** - This section contains the "Tax" field, which is filled with "1,000".
- Section 4: Other Information** - This section contains the "Other Information" field, which is filled with "12/31/2010".
- Section 5: Signature** - This section contains the "Signature" field, which is filled with "John Doe".

The form is signed by the owner, John Doe, and dated 12/31/2010. The form is a tax return for a sole proprietorship, and it includes the following information:

- Income:** 10,000
- Deductions:** 2,000
- Tax:** 1,000
- Other Information:** 12/31/2010
- Signature:** John Doe

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

医療 保険   被 保 険 者 ( 認 定	1 保険者名	2 保険者番号		
	3 被保険者証	4 記号 番号		
	5 ふりがな	6 性別	7 男 ・ 女	
	8 氏名	9 生年 月 日	10 年 月 日	
	11 住所			
12 ※上記住所に		13 <input type="checkbox"/> 居住している <input type="checkbox"/> 居住していない		電話 ( )
15 上記住所に居住して		14 住所 入院・入所先の住所等、または居住地住所		電話 ( )

14 電話 ( ) Phone Number ( )  
Enter your phone number in the parentheses - mobile or landline number where you can be contacted.

15 上記住所に居住して Address  
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)

認定 者	上記住所に居住して いない場合	施設名	電話 ( ) 病棟 階 号室
---------	--------------------	-----	-------------------

- 1

施設名 Facility Name

Enter the name of the institution/facility if moving to/from a hospital, nursing home, dormitory, or similar institutional address
- 2

いない場合 If not applicable / If none

Leave this section blank or check this option if the question doesn't apply to your situation
- 3

病棟 階 号室 Ward Floor Room No.

Fill in hospital ward, floor number, and room number if registering an address at a medical facility





セクション 3 — Section 3 (Part 1/2)

認定を受ける方

1

施設名

2

上記住所に居住していない場合

3

病棟

4

電話

5

入院(入所)予定期間

6

要介護状態区分

7

要支援状態区分

8

有効期間

9

区分変更申請の理由

10

主治医

11

診療科

12

所在地

13

医師名

14

電話

15

転出元市町村名

16

現在、転出元市町村に要介護・要支援認定を申請中ですか。

17

はい

18

いいえ

- 1

施設名

Facility Name

Enter the name of the institution/facility if moving to/from a hospital, nursing home, dormitory, or similar institutional address
- 2

いない場合

If not applicable / If none

Leave this section blank or check this option if the question doesn't apply to your situation
- 3

病棟

階

号室

Ward

Floor

Room No.

Fill in hospital ward, floor number, and room number if registering an address at a medical facility
- 4

入院(入所)予定期間

年

月

日

~

年

月

日

Planned hospitalization (admission) period \_\_ year \_\_ month \_\_ day ~ \_\_ year \_\_ month \_\_ day

Fill in the start and end dates of your planned hospital stay or facility admission if applicable, otherwise leave blank
- 5

前回又は現在の要介護認定結果等

※更新認定・区分変更認定の場合のみ記入

Change

Check this box if you are making changes to existing information
- 6

方要介護状態区分

1

2

3

4

5 要支援状態区分

Category

Select the type of registration change (e.g., moving in, moving out, address change)
- 7

1

2

1

2

Select either '1' or '2' to indicate your long-term care need level (要介護状態区分). Circle or mark the number that corresponds to your current certified care level - these range from 1 (lowest need) to 2 (higher need) in this section, with your specific level determined by prior assessment.
- 8

有効期間

年

月

日

~

年

月

日

Valid Period

Year

Month

Day

~

Year

Month

Day

Enter the validity period of your residence card or visa - start date on the left, end date on the right using Japanese calendar format.
- 9

区分変更申請の理由

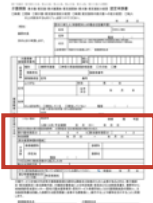
Change

Check this box if you are making changes to existing information
- 10

医療機関名

Medical institution name

Enter the name of your hospital, clinic, or medical facility if applicable to your registration change.



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

認定を受ける方

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

上記住所に居住して  
いない場合

施設名

電話 ( ) 病棟 階 号室

入院(入所)予定期間 年 月 日 ~ 年 月 日

前回又は現在の要介護認定結果等 ※更新認定・区分変更認定の場合のみ記入

要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2

有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

区分変更申請の理由

主治医

医療機関名

診療科

所在地

医師名

電話 ( )

14日以内に他自治体から転入した方

転出元市町村名 【 】

現在、転出元市町村に要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい いいえ

- 11

診療科 Medical Department/Clinical Department

If applicable, write the medical specialty or department (e.g., Internal Medicine, Surgery, Pediatrics) where you work if you're a medical professional
- 12

所在地 Location

Used for business/organization address or property location rather than personal residence
- 13

医師名 Doctor's name

Enter the full name of your attending physician or the doctor who issued medical documentation
- 14

電話 ( ) Phone Number ( )

Enter your primary contact phone number in the format provided by the parentheses.
- 15

現在、転出元市町村に要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい いいえ

Select this option to indicate 'no' or negative response to the question Check this box or circle this option to indicate 'yes' or agreement

セクション 3 — Section 3 (Part 2/2)

2	現在、転出元市町村に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (すでに認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。)	はい 1 申請日	いいえ 年 月 日
	第2号被保険者の方 (40~64歳)	3 特定疾病名	

- 1 申請日 年 月 日 Application date / Application  
Write the date you are submitting this form This indicates the form is an application that requires submission
- 2 第2号被保険者の方 Insured person  
The person covered by the insurance policy (usually yourself when applying)
- 3 特定疾病名 Disease/illness name  
Write the official medical name of your condition or illness
- 4 ( 40 ~ 64歳 ) (Ages 40-64)  
This indicates the age range (40-64 years old) for the second category of insured person. If you fall within this age group, you would be classified as a Category 2 insured person, which typically relates to specific healthcare coverage for middle-aged adults in Japan's healthcare system.



セクション 4 — Section 4

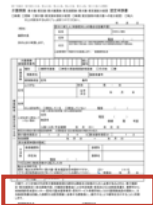
1	第2号被保険者の方 (40～64歳)	2	特定疾病名
---	-----------------------	---	-------

4 介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営及び診療のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、秦野市から  
5 地域高齢者支援センター・居宅介護支援事業所・居宅サービス事業所若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事する調査員に、提示することや複写を交付することに同意します。

6 被保険者氏名

7 代筆者氏名

- 1 第2号被保険者の方 Insured person  
The person covered by the insurance policy (usually yourself when applying)
- 2 特定疾病名 Disease/illness name  
Write the official medical name of your condition or illness
- 3 ( 40 ～ 64 歳 ) (Ages 40-64)  
This indicates the age range (40-64 years old) for second category insured persons - no action needed as it's just informational text.
- 4 定・ 要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・ 意見及び主治医意見書を、 秦野市から Document / From  
Used to indicate the starting point (previous address, etc.)
- 5 治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事する調査員に、 提示することや複写を交付することに同意 To do/perform / Document  
This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling
- 6 被保険者氏名 Full name  
Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.
- 7 代筆者氏名 Full name  
Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.



## 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