

第11号様式

相模原市 国民健康保険		限度額適用・標準負担額減額 限度額適用 認定申請書																					
被保険者 記号・番号	10- .....	適用・減額対象者 個人番号																					
適用・減額対象者 氏名				生年月日	昭	平	年	月	日	世帯主との 続柄													
上記のとおり認定証の交付を申請します。																							
年 月 日 住 所 _____																							
申請者(世帯主) 氏名 _____																							
個人番号 <table border="1"><tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr></table>												.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....												
電話番号 自宅 ( )																							
緊急連絡先 ( )																							
相模原市長 あて																							
※国民健康保険に関するご連絡に使います。																							

○申請月を含めた過去1年間に91日以上の長期入院をされた方(市民税非課税世帯)のみ  
記入してください(入院の事実が確認できる領収書等の写しを添付してください)。※原本不可

①	長期入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間 )
	保険医療機関	名称
	所在地	
②	長期入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間 )
	保険医療機関	名称
	所在地	
長期入院日数の合計 日間		

身元確認 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人		代理権確認	
写真有り(1点のみで可) <input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード(写真有り) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留C <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身・療・精) <input type="checkbox"/> その他( )		写真無し(2点以上必要) <input type="checkbox"/> 各種証(国・後・社・介) <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> 医療証(障・親・ ) <input type="checkbox"/> その他( )	
番号確認		<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他( )	
<input type="checkbox"/> 番号C <input type="checkbox"/> 通知C <input type="checkbox"/> O L <input type="checkbox"/> その他( )		代理人氏名 世帯主との続柄	

国 保 年 金 課 処 理 欄	認定根拠区分		認定証 記載 年月日	交付年月日	・	・	
	<input type="checkbox"/> 課税O/L確認 <input type="checkbox"/> 証明書等の添付 <input type="checkbox"/> その他( )			発効期日	・	・	
	令和 年 月 日 ( )区民課・まちづくりセンター			有効期限	・	・	
				長期入院該当	・	・	から
	交付方法 <input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 登録地 <input type="checkbox"/> 医療機関(名称: )			適用区分 70歳未満 70歳以上 <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> 低所得I <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> 低所得II <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ <input type="checkbox"/> 長期入院: <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当			
備考		<input type="checkbox"/> 長期入院: <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当					

R6.12

# Sagamihara Minami — 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)

<b>第 11 号様式</b> <b>相模原市 国民健康保険</b>	<b>国民健康保険</b> <b>限度額適用・標準負担額減額</b> <b>認定申請書</b> <b>限度額適用</b>
<b>被保険者 記号・番号</b> <b>10-</b>	<b>適用・減額対象者 氏名</b> <b>13. 生年月日</b> <b>12. 昭平令</b> <b>14. 年月日</b> <b>11. 世帯主との統柄</b>
<b>15. 上記のとおり認定証の交付を申請します。</b>	

1 第 11 号様式 [第 11 号様式]

2 限度額適用・標準負担額減額 [限度額適用・標準負担額減額]

3 国民健康保険 National Health Insurance

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

4 認定申請書 [認定申請書]

5 限度額適用 [限度額適用]

6 国民健康保険 National Health Insurance

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

7 適用・減額対象者 [適用・減額対象者]

8 10- - 10- -

9 記号・番号 [記号・番号]

10 適用・減額対象者 [適用・減額対象者]

11 世帯主との Head of household

The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household.

12 昭平 [昭平]

13 生年月日 Date of birth

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

14 年月日 Year Month Day

Write dates in Japanese format: year/month/day (e.g., 2024/03/15)

15 上記のとおり認定証の交付を申請します。



## セクション 1 — Section 1 (Part 2/2)

	上記添付の履歴書に記載の住所と同一住所です。	1	住 所 _____	
年 月 日				

1 住 所 [住 所]



## セクション 2 — Section 2 (Part 1/2)

上記欄にマイナンバーを記入して下さい。		① 住 所 _____										
		② 申請者(世帯主) 氏 名 _____										
		③ 個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
		④ 電話番号 自 宅 ( )										
		⑤ 緊急連絡先 ( )										
⑥ 相模原市長 あて												
※国民健康保険に関するご連絡に使用します。												
<p>⑦ 申請月を含めた過去1年間に91日以上の長期入院をされた方(市民税非課税世帯)のみ 記入してください。(入院の事実が確認できる領収書等の写しを添付してください)。※原本不可</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">⑧ 長期入院日数</td> <td style="width: 85%;">年 月 日～ 年 月 日 ( 日間 )</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">⑨ 保険医療機関</td> <td>⑩ 名称</td> </tr> <tr> <td>⑪ 所在地</td> </tr> <tr> <td>⑫ 長期入院日数</td> <td>年 月 日～ 年 月 日 ( 日間 )</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">⑬ 保険医療機関</td> <td>⑭ 名称</td> </tr> <tr> <td>⑮ 所在地</td> </tr> </table>			⑧ 長期入院日数	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間 )	⑨ 保険医療機関	⑩ 名称	⑪ 所在地	⑫ 長期入院日数	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間 )	⑬ 保険医療機関	⑭ 名称	⑮ 所在地
⑧ 長期入院日数	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間 )											
⑨ 保険医療機関	⑩ 名称											
	⑪ 所在地											
⑫ 長期入院日数	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間 )											
⑬ 保険医療機関	⑭ 名称											
	⑮ 所在地											

1 住 所 [住 所]

2 申請者(世帯主) 氏 名 Head of household

The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household.

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 電話番号 自 宅 ( ) Phone number

Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.

5 緊急連絡先 ( ) [緊急連絡先 ( ) ]

6 相模原市長 あて [相模原市長 あて]

7 ※国民健康保険に関するご連絡に使用します。 National Health Insurance / . / To do/perform

Japan's public health insurance for self-employed, unemployed, and those not covered by employer insurance. Enrollment is mandatory. This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling

8 記入してください(入院の事実が確認できる領収書等の写しを添付してください)。※原本不可 Copy  
Refers to certified copies of documents that may be required

9 長期入院日数 年 月 日～ 年 月 日 ( 日間 ) [長期入院日数 年 月 日～ 年 月 日 ( 日間 ) ]

10 名称 [名称]

11 保険医療機関 [保険医療機関]

12 所在地 [所在地]

13 長期入院日数 年 月 日～ 年 月 日 ( 日間 ) [長期入院日数 年 月 日～ 年 月 日 ( 日間 ) ]

14 名称 [名称]

15 保険医療機関 [保険医療機関]



## セクション 2 — Section 2 (Part 2/2)

	保険医療機関 所在地	①
		② 長期 入院日数の合計
		③ 日間

1 所在地 [所在地]

2 長期 入院日数の合計 [長期 入院日数の合計]

3 日間 [日間]



Form p.1

## セクション3 — Section 3 (Part 1/2)

		① 長期 入院日数の合計		② 日間													
<table border="1"> <tr> <td>③ 身元確認</td> <td>□本人</td> <td>□代理人</td> <td>④ 代理権確認</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/>番号カード <input type="checkbox"/>免許証 <input type="checkbox"/>住基カード(写真有り) <input type="checkbox"/>各種証(国・後・社・介)  <input type="checkbox"/>パスポート <input type="checkbox"/>在留C <input type="checkbox"/>障害者手帳(身・療・精)  <input type="checkbox"/>その他( )         </td> <td> <input type="checkbox"/>写真無し(2点以上必要)  <input type="checkbox"/>年金手帳・証書  <input type="checkbox"/>医療証(障・親・ )  <input type="checkbox"/>その他( )         </td> <td> <input type="checkbox"/>委任状 <input type="checkbox"/>その他( )  <input type="checkbox"/>代理人氏名 <input type="checkbox"/>世帯主との続柄         </td> </tr> <tr> <td colspan="2">⑤ 番号確認</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/>番号C <input type="checkbox"/>通知C <input type="checkbox"/>OL <input type="checkbox"/>その他( )         </td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		③ 身元確認	□本人	□代理人	④ 代理権確認	<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード(写真有り) <input type="checkbox"/> 各種証(国・後・社・介) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留C <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身・療・精) <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 写真無し(2点以上必要) <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> 医療証(障・親・ ) <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 代理人氏名 <input type="checkbox"/> 世帯主との続柄	⑤ 番号確認				<input type="checkbox"/> 番号C <input type="checkbox"/> 通知C <input type="checkbox"/> OL <input type="checkbox"/> その他( )			
③ 身元確認	□本人	□代理人	④ 代理権確認														
<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード(写真有り) <input type="checkbox"/> 各種証(国・後・社・介) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留C <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身・療・精) <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 写真無し(2点以上必要) <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> 医療証(障・親・ ) <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 代理人氏名 <input type="checkbox"/> 世帯主との続柄														
⑤ 番号確認																	
<input type="checkbox"/> 番号C <input type="checkbox"/> 通知C <input type="checkbox"/> OL <input type="checkbox"/> その他( )																	
⑥ 国	⑦ 認定根拠区分	⑧ 交付年月日	⑨ .	⑩ .													

- 1 長期 入院日数の合計 [長期 入院日数の合計]
- 2 日間 [日間]
- 3 身元確認 □本人 □代理人 [身元確認 □本人 □代理人]
- 4 代理権確認 [代理権確認]
- 5 写真有り(1点のみで可) [写真有り(1点のみで可)]
- 6 写真無し(2点以上必要) □委任状 □その他( ) Other (/ Letter of proxy / Power of attorney / Other)  
Use this field for any information that doesn't fit in the standard categories above Required if someone else is filing on your behalf.
- 7 番号カード 免許証 住基カード(写真有り) 各種証(国・後・社・介)  
[番号カード 免許証 住基カード(写真有り) 各種証(国・後・社・介)]
- 8 代理人氏名 Full name  
Write your full legal name as it appears on your residence card or passport
- 9 世帯主との続柄 Head of household / Relationship to head of household  
The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household. See relationship terms table.
- 10 医療証(障・親・ ) [□医療証(障・親・ )]
- 11 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
- 12 番号確認 [番号確認]
- 13 番号C 通知C OL 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
- 14 認定根拠区分 [認定根拠区分]
- 15 交付年月日 . . [交付年月日 . . ]



## セクション3 — Section 3 (Part 2/2)

国	認定根拠区分	交付年月日	・	・		
②	<input checked="" type="checkbox"/> 課税O/L確認 <input type="checkbox"/> 証明書等の添付	認定証	③	発効期日	・	・

1 認定証 [認定証]

2  課税O/L確認  証明書等の添付 [ 課税O/L確認  証明書等の添付]

3 発効期日 〔発効期日 〕



Form p.1

## セクション 4 — Section 4 (Part 1/2)

国 保 年 金 課	認定根拠区分		認定証 記載 年月日	交付年月日	・	・
	<input type="checkbox"/> 課税O/L確認	<input type="checkbox"/> 証明書等の添付		発効期日	・	・
	<input type="checkbox"/> その他( )		受付者	有効期限	・	・
	令和 年 月 日 ( ) 区民課・まちづくりセンター			長期入院該当	・	・ から
				適用区分		
				70歳未満	70歳以上	
	<input type="checkbox"/> 手渡し		<input type="checkbox"/> ア	<input type="checkbox"/> 低所得 I		
	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 登録地		<input type="checkbox"/> イ	<input type="checkbox"/> 低所得 II		
	<input type="checkbox"/> 医療機関(名称: ) <input type="checkbox"/> イ					

1 認定証 [認定証]

2 課税O/L確認 証明書等の添付 [課税O/L確認 証明書等の添付]

3 発効期日 ・・ [発効期日 ・・]

4 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

5 受付者記載 Reception / Received

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

6 有効期限 ・・ [有効期限 ・・]

7 年月日 [年月日]

8 長期入院該当 ・・ から From

Used to indicate the starting point (previous address, etc.)

9 ( ) 区民課・まちづくりセンター [( ) 区民課・まちづくりセンター]

10 適用区分 [適用区分]

11 手渡し [手渡し]

12 70歳以上 [70歳以上]

13 70歳未満 [70歳未満]

14 方法 郵送 登録地 [方法 郵送 登録地]15 医療機関(名称: ) イ [医療機関(名称: ) イ]

## セクション 4 — Section 4 (Part 2/2)

課 処	方法	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 登録地	(名称 : )	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ	① <input type="checkbox"/> 低所得 I <input type="checkbox"/> 低所得 II <input type="checkbox"/> 長期入院: [ <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該當]
		<input type="checkbox"/> 医療機関				
	備考					

1  低所得II [ 低所得II]

2 备考 Remarks / Notes

Space for additional information or special circumstances. Usually optional.

3  該当  非該當 [ 該当  非該當]

Form p.1

## セクション 5 — Section 5

理 欄	備考	<input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">長期入院: [<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当]</span>	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 現役並み I <input type="checkbox"/> 現役並み II
--------	----	--	---

R6.12

## 1 処備考 Remarks / Notes

Space for additional information or special circumstances. Usually optional.

2  該当  非該当 [ 該当  非該当]

3  現役並み I [ 現役並み I]

4  現役並み II [ 現役並み II]

5  該当  非該当 [ 該当  非該当]

6 R6.12 [R6.12]



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