

国民健康保険 加入届(社会保険喪失のため)

あて先 茅ヶ崎市長

マイナンバー(個人番号)を保険年金課担当職員が確認し記載することに了承し、次のとおり届出します。

	届 出 日	年	月	日
世帯主 (届出人)	氏名			
	住所			
	TEL			

国民健康保険に加入する人

	カナ氏名	生年月日	マイナンバーカードへの 保険証利用登録 ※不明な場合は 「なし」に○
	氏名		
1	フリガナ	年 月 日	あり・なし
2	フリガナ	年 月 日	あり・なし
3	フリガナ	年 月 日	あり・なし
4	フリガナ	年 月 日	あり・なし
5	フリガナ	年 月 日	あり・なし
6	フリガナ	年 月 日	あり・なし

太枠内を記入いただき、次の書類を同封してご送付ください。

- 加入される方全員の名前が記入された健康保険の
資格喪失日が確認できる書類の写し
(資格喪失証明書、退職証明書、離職票-1、2 等)

※添付いただいた画像から必要な社会保険情報が確認できなかった場合は、マイナンバーを活用し、社会保険の資格喪失日等を照会することがあります。

保険年金課処理欄		収受印
取扱職員	送付年月日	
備考欄		

Chigasaki — 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)

国民健康保険 加入届 (社会保険喪失のため)

あて先 茅ヶ崎市長

マイナンバー (個人番号) を保険年金課担当職員が確認し記載することに了承し、次のとおり届出します。

届 出 日

年 月 日

氏名

住所

TEL

世帯主 (届出人)

国民健康保険に加入する人

カナ氏名

氏名

生年月日

マイナンバーカードへの保険証利用登録
※不明な場合は「なし」

- 1

国民健康保険 加入届 (社会保険喪失のため) National Health Insurance

Japan's public health insurance for self-employed, unemployed, and those not covered by employer insurance. Enrollment is mandatory.
- 2

あて先 茅ヶ崎市長 To: Mayor of Chigasaki City

This field is pre-printed and addressed to the Mayor of Chigasaki City. No input required - it's already completed on the form.
- 3

マイナンバー (個人番号) を保険年金課担当職員が確認し記載することに了承し、次のとおり届出します

My Number (Individual Number) / My Number / Pension

12-digit number. Leave blank on first registration — it will be mailed to you after. Enter your 12-digit Individual Number from your My Number card or notification
- 4

届 出 日 Date of Notification

Write the date you are submitting this form to the municipal office
- 5

年 月 日 Year __ Month __ Day __

Write the date in Japanese format (year/month/day) using Arabic numerals, typically the date you're submitting the form
- 6

氏名 Full name

Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.
- 7

住所 Address

Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address.
- 8

世帯主 Head of household

The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household.
- 9

(届出人) Applicant / Person filing the form

The person physically submitting the form. Usually yourself.
- 10

国民健康保険に加入する人 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



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

1国民健康保険 加入届 (社会保険喪失のため)

2あて先 茅ヶ崎市長

3マイナンバー (個人番号) を保険年金課担当職員が確認し記載することに了承し、次のとおり届出します。

4届出日

5年

6月

7日

8氏名

9住所

10TEL

11世帯主 (届出人)

12国民健康保険に加入する人

13カナ氏名

14氏名

15生年月日

16マイナンバーカードへの保険証利用登録 ※不明な場合は「不明」に記入

11 マイナンバーカードへ My Number Card / My Number Card / My Number
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. Japan's national ID card with IC chip - bring original if you have one

12 カナ氏名 Full name
Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.

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 ※不明な場合は Unknown
Select this option when information is unavailable or cannot be determined

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	フリガナ	2年 月 日	「なし」に○
			あり・なし

- 1

フリガナ

Phonetic reading (katakana)

Write the katakana reading of your name. For foreign names, this IS your name in katakana.
- 2

年 月 日

Year Month Day

Write the date in Japanese format (year/month/day) using Arabic numerals, e.g., 2024年3月15日
- 3

あり・なし

Yes/No

Circle or check the appropriate option



セクション 2 — Section 2

	<div>フリガナ</div>	<div>年 月 日</div>	<div>あり・なし</div>
2			
	<div>フリガナ</div>	<div>年 月 日</div>	<div>あり・なし</div>
3			
	<div>フリガナ</div>	<div>年 月 日</div>	<div>あり・なし</div>
4			
	<div>フリガナ</div>	<div>年 月 日</div>	<div>あり・なし</div>
5			
	<div>フリガナ</div>	<div>年 月 日</div>	<div>あり・なし</div>
6			

- 1

フリガナ Phonetic reading (katakana)

Write the katakana reading of your name. For foreign names, this IS your name in katakana.
- 2

年 月 日 Year Month Day

Write the date in Japanese format (year/month/day) using Arabic numerals, e.g., 2024年3月15日
- 3

あり・なし Yes/No

Circle or check the appropriate option
- 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

年 月 日 Year Month Day

Write the date in Japanese format (year/month/day) using Arabic numerals, e.g., 2024年3月15日
- 6

あり・なし Yes/No

Circle or check the appropriate option
- 7

フリガナ Phonetic reading (katakana)

Write the katakana reading of your name. For foreign names, this IS your name in katakana.
- 8

年 月 日 Year Month Day

Write the date in Japanese format (year/month/day) using Arabic numerals, e.g., 2024年3月15日
- 9

あり・なし Yes/No

Circle or check the appropriate option
- 10

フリガナ Phonetic reading (katakana)

Write the katakana reading of your name. For foreign names, this IS your name in katakana.
- 11

年 月 日 Year Month Day

Write the date in Japanese format (year/month/day) using Arabic numerals, e.g., 2024年3月15日
- 12

あり・なし Yes/No

Circle or check the appropriate option
- 13

フリガナ Phonetic reading (katakana)

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



セクション 2 — Section 2 (continued)

2	<div>フリガナ</div>	<div>年 月 日</div>	<div>あり・なし</div>
3	<div>フリガナ</div>	<div>年 月 日</div>	<div>あり・なし</div>
4	<div>フリガナ</div>	<div>年 月 日</div>	<div>あり・なし</div>
5	<div>フリガナ</div>	<div>年 月 日</div>	<div>あり・なし</div>
6	<div>フリガナ</div>	<div>年 月 日</div>	<div>あり・なし</div>

14 年 月 日 Year Month Day

Write the date in Japanese format (year/month/day) using Arabic numerals, e.g., 2024年3月15日

15 あり・なし Yes/No

Circle or check the appropriate option

セクション 3 — Section 3

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

太枠内を記入いただき、次の書類を同封してご送付ください。

■加入される方全員の名前が記入された健康保険の
資格喪失日が確認できる書類の写し
(資格喪失証明書、退職証明書、離職票-1、2 等)

※添付いただいた画像から必要な社会保険情報が確認できなかった場合は、マイナンバーを活用し、社会保険の資格喪失日等を照会することがあります。

保険年金課処理欄		收受印
取扱職員	送付年月日	
備考欄		

- 1

2

3

4

5

6

7

8

9

10
- 太枠内を記入いただき、次の書類を同封してご送付ください。 Please / Please / Please

This is part of a longer instruction - look for the complete phrase

■加入される方全員の名前が記入された健康保険の Person who

This appears to be part of a longer phrase - look for the complete text starting with the preceding characters

資格喪失日が確認できる書類の写し Copy / Qualification

Refers to certified copies of documents that may be required Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)

(資格喪失証明書、退職証明書、離職票-1、2 等) Qualification

Refers to your legal status or eligibility (e.g., resident status, insurance qualification)

※添付いただいた画像から必要な社会保険情報が確認できなかった場合は、マイナンバーを活用

My Number / No./Number / From

Enter your 12-digit Individual Number from your My Number card or notification

This typically precedes a number field (like address number or form number)

收受印 Seal (inkan / hanko)

Personal seal stamp. Most ward offices accept a written signature for foreigners instead.

保険年金課処理欄 Processing / Pension

Staff use - processing status. Do not fill in. Select your pension type (National Pension, Employee Pension, etc.)

取扱職員 Handling Staff/Processing Officer

This field is for office use only - it will be filled in by the government staff member who processes your application. Leave this blank as an applicant.

送付年月日 Date

Write in YYYY/MM/DD format (e.g., 2024/03/15)

備考欄 Remarks / Notes

Space for additional information or special circumstances. Usually optional.



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