

様式第12号（第8条関係）

市川市国民健康保険葬祭費支給申請書兼請求書

市 川 市 長

年 月 日

—

葬祭執行者 住 所

フリガナ 氏名 電話番号

個人番号 --

市川市国民健康保険葬祭費の支給を下記のとおり申請します。なお、支給の決定を受けた場合は、当該支給の決定に係る金額を下記の振込先に振り込んでください。

記

死 亡 者 関 係 事 項	被保険者証の記号及び番号	記号	市 番号		申請額	<input type="checkbox"/> 50,000円	<input type="checkbox"/> 70,000円		
	死亡年月日	年 月 日							
	死亡者の氏名				申請人との続柄				
	死亡の原因	<input type="checkbox"/> 疾病等		<input type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故等）					
	葬祭執行年月日	年 月 日							
振 込 先 口 座	振込先 金融機関				銀行 金庫 組合				本店 支店 出張所
	預金種類	普通 • 当座			口座番号				
	口座 名義人	フリガナ							

(事務処理欄)

- 会葬礼状・葬儀に要した費用の領収書・その他喪主確認できる書類
 - 国保加入3ヶ月以上
 - 記入もれ確認

受付印

加入日	受付者	入力	確認
年　　月　　日			

Ichikawa — 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

様式第12号（第8条関係）

市川市国民健康保険葬祭費支給申請書兼請求書

① 市川市長 年 月 日
—

② 葬祭執行者 住所 _____

③ フリガナ 氏名 _____ 電話番号 _____

④ 個人番号 _____ - _____ - _____

⑤ 市川市国民健康保険葬祭費の支給を下記のとおり申請します。なお、支給の決定を受けた場合は、当該支給の決定に係る金額を下記の振込先に振り込んでください。

記

被保険者証の記号及び番号	記号	市	番号	申請額	<input type="checkbox"/> 50,000円	<input type="checkbox"/> 70,000円
--------------	----	---	----	-----	----------------------------------	----------------------------------

1 様式第12号（第8条関係） Form No. 12 (Related to Article 8)

This is a pre-printed form identifier that indicates Form No. 12 related to Article 8 - you don't need to write anything here.

2 市川市国民健康保険葬祭費支給申請書兼請求書 National Health Insurance

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

3 年 月 日 Year Month Day

Fill in the date using the Japanese calendar format (year/month/day with numbers only)

4 市川市長 Mayor of Ichikawa City

This is pre-printed text addressing the Mayor of Ichikawa City - you don't need to fill this in as it's already completed.

5 〒 - Postal Code

Enter your 7-digit Japanese postal code in the format #####

6 住所 Address

Write your current residential address in Japan exactly as it appears on official documents

7 葬祭執行者 Funeral/Memorial Service Officiant

Enter the name of the person who conducted or organized the funeral or memorial service for the deceased

8 フリガナ Phonetic reading (katakana)

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

9 電話番号 Phone number

Japanese mobile number preferred. Some forms accept overseas numbers.

10 個人番号 My Number (Individual Number)

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

11 市川市国民健康保険葬祭費の支給を下記のとおり申請します。なお、支給の決定を受けた National Health Insurance / .

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

12 申□ 50,000円 Application □ 50,000 yen

N/A - This appears to be a fee amount or checkbox item, but context is unclear from the fragment alone



セクション 1 — Section 1 (continued)

様式第12号（第8条関係）

市川市国民健康保険葬祭費支給申請書兼請求書

市川市長 年 月 日

葬祭執行者 住所 _____

フリガナ 氏名 _____ 電話番号 _____

個人番号 _____ - _____ - _____

市川市国民健康保険葬祭費の支給を下記のとおり申請します。なお、支給の決定を受けた場合は、当該支給の決定に係る金額を下記の振込先に振り込んでください。

記

被保険者証の 記号及び番号 <small>記号</small>	市	番号	申請額 <input type="checkbox"/> 50,000円 <input type="checkbox"/> 70,000円
---------------------------------------	---	----	---

13 被保険者証の Insurance card

Refers to your national health insurance card - this field likely continues with additional text

セクション 2 — Section 2 (Part 1/2)

死 亡 者 関 係 事 項	① 死亡年月日	② 年	月	日	
	④ 死亡者の氏名	③ 申請人との 続 柄			
	⑤ 死亡の原因	⑥ <input type="checkbox"/> 疾病等	□ 第三者行為 (交通事故等)		
	⑦ 葬祭執行年月日	⑧ 年	月	日	
振 込	⑩ 振込先 金融機関	⑪ 銀行 金庫 組合	⑨ 本店 支店 出張所		
	預金種類	⑫ 普通	・	当座	⑬ 口座番号

1 死亡年月日 Date / Death

Write in YYYY/MM/DD format (e.g., 2024/03/15) Check this box if reporting a death in the family

2 年 月 日 Year Month Day

Fill in the date using the Japanese calendar year format (e.g., Reiwa 6 for 2024)

3 申請人との Application

This indicates the form is an application that requires submission

4 死亡者の氏名 Full name

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

5 死亡の原因 Death

Check this box if reporting a death in the family

6 □ 疾病等 □ 第三者行為 (交通事故等) Third-party act

Check if injury/illness was caused by another person (traffic accident, workplace injury, etc.)

7 葬祭執行年月日 Date

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

8 年 月 日 Year Month Day

Fill in the date using the Japanese calendar year format (e.g., Reiwa 6 for 2024)

9 本店 Head office

Enter the main office address of your company or organization

10 銀行 Bank

Enter the name of your bank for direct deposit or payment purposes

11 金融機関 Financial institution

Enter your bank, credit union, or other financial institution name for direct deposit/withdrawal

12 組合 Association/Union

Leave blank unless you belong to a specific community association, cooperative, or union that requires registration with your address

13 出張所 Branch office

Select the municipal branch office where you are submitting this form

14 普通 ・ 当座 Regular / Temporary/Interim

This typically refers to regular/standard processing or service type Staff use only - do not fill in



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

死 亡 者 関 係 事 項	① 死亡年月日	② 年	月	日						
	④ 死亡者の氏名	③ 申請人との 続 柄								
	⑤ 死亡の原因	⑥ <input type="checkbox"/> 疾病等	□ 第三者行為 (交通事故等)							
	⑦ 葬祭執行年月日	⑧ 年	月	日						
振 込	⑩ 振込先 金融機関	⑪ 銀行 ⑫ 金庫 組合	⑨ 本店 支店 出張所							
	預金種類	⑭ 普通	・	当座	⑯ 口座番号					

15 口座番号 Account number

Your bank account number (usually 7 digits).

セクション 2 — Section 2 (Part 2/2)

振込	預金種類	普通	・	当座	口座番号							
----	------	----	---	----	------	--	--	--	--	--	--	--

1

預金種類 Type of deposit/bank account type

Select the type of bank account (e.g., ordinary/普通, savings/貯蓄, checking/当座) for direct debit of municipal taxes or fees



Form p.1

セクション3 — Section 3

① 込 先 口 座	③ 預 金 種 類	① 普通	・	当 座	② 口 座 番 号						
	⑤ 口 座 名 義 人	④ フ リ ガ ナ									
⑥ (事務処理欄) <input type="checkbox"/> 会葬礼状・葬儀に要した費用の領収書・その他喪主確認できる書類 <input type="checkbox"/> 国保加入3ヶ月以上 <input type="checkbox"/> 記入もれ確認											
⑩ 加 入 日 年 月 日		⑪ 受 付 者		⑫ 入 力		⑬ 確 認				⑦ 受 付 印	

1 普通 ・ 当座 Regular / Temporary/Interim

This typically refers to regular/standard processing or service type Staff use only - do not fill in

2 口座番号 Account number

Your bank account number (usually 7 digits).

3 預金種類 Type of deposit/bank account type

Select the type of bank account (e.g., ordinary/普通, savings/貯蓄, checking/当座) for direct debit of municipal taxes or fees

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 名義人 Name holder/Registrant

Enter the name of the person whose name the residence is registered under (usually the head of household or main tenant)

6 (事務処理欄) Processing

Staff use - processing status. Do not fill in.

7 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.

8 □会葬礼状・葬儀に要した費用の領収書・その他喪主確認できる書類 Other

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

9 □記入もれ確認 Confirmation / Fill in

Staff use only - do not fill in

10 加入日 Date of enrollment

Enter the date you joined/enrolled in the relevant system (such as national health insurance or pension system)

11 受付者 Reception / Received

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

12 入力 Data entry

Staff use - data entry field. Do not fill in.

13 確認 Confirmation

Staff use only - do not fill in



セクション3 — Section 3 (continued)

送 先 口 座	③預金種類	①普通	・	当座	②口座番号						
			④	フリガナ							
	⑤口座 名義人										

⑥ (事務処理欄)

- 会葬礼状・葬儀に要した費用の領収書・その他喪主確認できる書類
- 国保加入3ヶ月以上
- 記入もれ確認

⑩加入日	⑪受付者	⑫入力	⑬確認
⑭年 月 日			

⑦受付印

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

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