

国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	被保険者の 記号・番号		滋 彦 ・											
	認定 対象 被保 険者	氏名												
		生年月日	年 月 日											
		個人番号	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>											
	疾病名		1. 血友病 2. 人工透析治療を行なう必要のある慢性腎不全 3. 血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症											

医師 の 意 見 欄	上とおりの診療を受けていることに相違ありません
	年 月 日
	療養取扱機関の 名称
	所在地
	医師名

(署名または記名押印)

上記のとおり申請します

年 月 日

彦根市長 様

世帯主

住所

氏名

(署名または記名押印)

電話()

Hikone — 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 the future will be higher.

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

- You receive a qualification confirmation document (資格確認書) — keep this as proof of insurance
- Monthly premium notices arrive by mail. Pay at convenience stores, banks, or set up auto-debit
- Dependents can be enrolled on the same form — list all household members
- Premiums are calculated based on your previous year's income

セクション 1 — Section 1

1国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	2被保険者の 4記号・番号	3滋彦・
	5氏名	
	6生年月日	7年 月 日
	8個人番号	
	9疾病名	101. 血友病 112. 人工透析治療を行なう必要のある慢性腎不全

- 1国民健康保険特定疾病認定申請書 National Health Insurance
Japan's public health insurance for self-employed, unemployed, and those not covered by employer insurance. Enrollment is mandatory.
- 2被保険者の [被保険者の]
- 3滋彦・ [滋彦・]
- 4記号・番号 Symbol/Number
Enter the symbol and number from your insurance card or other identification document
- 5氏名 Full name
Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.
- 6生年月日 Date of birth
Format: 年(year) 月(month) 日(day). Use Japanese calendar (令和/平成) or Western year.
- 7年 月 日 [年 月 日]
- 8個人番号 My Number (Individual Number)
12-digit number. Leave blank on first registration — it will be mailed to you after.
91. 血友病 [1. 血友病]
- 10疾病名 [疾病名]
112. 人工透析治療を行なう必要のある慢性腎不全 [2. 人工透析治療を行なう必要のある慢性腎不全]



セクション 2 — Section 2

3. 血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症

医師の意見欄

上とおり診療を受けていることに相違ありません

年 月 日

療養取扱機関の 名称

所在地

医師名

署名または記名押印

上記のとおり申請します

年 月 日

彦根市長 様

住所

世帯主

氏名

署名または記名押印

電話 ()

- 1

3 . 血液凝固因子製剤に起因するH I V感染症 To do/perform

This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling
- 2

上とおり診療を受けていることに相違ありません [上とおり診療を受けていることに相違ありません]
- 3

医 年 月 日 [医 年 月 日]
- 4

療養取扱機関の 名称 [療養取扱機関の 名称]
- 5

所在地 Location

Used for business/organization address or property location rather than personal residence
- 6

医師名 [医師名]
- 7

(署名または記名押印) Signature / Seal (inkan / hanko)

Sign your name. Foreigners can use a written signature instead of a seal (inkan). Personal seal stamp. Most ward offices accept a written signature for foreigners instead.
- 8

上記のとおり申請します [上記のとおり申請します]
- 9

年 月 日 Year __ Month __ Day __

Fill in the date using the Japanese calendar format (year/month/day with numbers only)
- 10

彦根市長 様 [彦根市長 様]
- 11

住所 Address

Write in kanji if possible. Ward office staff can help you look up the correct kanji for your address.
- 12

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.
- 13

氏名 Full name

Write in katakana for foreign names. Some forms accept romaji.
- 14

(署名または記名押印) Signature / Seal (inkan / hanko)

Sign your name. Foreigners can use a written signature instead of a seal (inkan). Personal seal stamp. Most ward offices accept a written signature for foreigners instead.



セクション 2 — Section 2 (continued)

	3. 血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症
--	------------------------

医師の意見欄

上とおり診療を受けていることに相違ありません

年 月 日

療養取扱機関の 名称

所在地

医師名

署名または記名押印

上記のとおり申請します

年 月 日

彦根市長 様

住所

世帯主

氏名

署名または記名押印

電話 ()

15

電話 () [電話 ()]

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