

附則様式第2（附則第6条関係）

国民健康保険傷病手当金支給申請書

被 保 険 者	記号番号	東大国		世帯主 氏名	
	(フリガナ) 氏 名			生年 月日	年 月 日
	住 所				
振 指 定 金 金 融 機 関 先 機 関	金融機関	銀行・信金・信組 農協・その他			支店
	種別	普通 ・ 当座 その他 ()	(フリガナ)		
	口座番号				
上記のとおり申請し、私が指定する上記金融機関に振り込むことを依頼（承諾）します。					
令和 年 月 日					
(宛先) 東大阪市長					
住 所					
申請人（世帯主） 氏 名					
電 話 ()					
添付書類	1. 被保険者申立書 2. 事業主の証明 3. 医師の証明				

市役所使用欄

支 給 決 定 額
円

支給額の計算

1 日あたり支給額 直近3ヶ月の収入合計 () ÷ 勤務日数 () × 2/3 = () ①

支給日数 労務に服せなかつた日数 () - 3日 = () ②

①×②=支給決定額 () 円 ※①の上限は 30,887 円

附則様式第2（附則第6条関係）

国民健康保険傷病手当金支給申請書

記入例

被 保 險 者	記号番号	東大国 1234567-89		世帯主 氏名	国保 一郎
	(フリガナ) 氏 名	コクホ ジロウ		生年 月日	平成 元年 1月 1日
	國保 二郎				
住 所	東大阪市○○町△丁目△番△号				
振 指 定 金 融 機 關 達 先 金融機関	金融機関	国保		銀行・信金・信組 農協・その他	中央 支店
	種別	普通 · 当座 その他 ()	(フリガナ)	コクホ イチロウ	
	口座番号	0 0 0 0 0 0 0	口座名義人	国保 一郎	
上記のとおり申請し、私が指定する上記金融機関に振り込むことを依頼（承諾）します。					
令和 2年 △月 △日					
(宛先) 東大阪市長					
住 所 東大阪市○○町△丁目△番△号					
申請人（世帯主）					
氏 名 国保 一郎					
電 話 00(1111)2222					
添付書類	1. 被保険者申立書 2. 事業主の証明 3. 医師の証明				

市役所使用欄

支 給 決 定 額
円

支給額の計算

1 日あたり支給額 直近3ヶ月の収入合計 () ÷ 勤務日数 () × 2/3 = () ①

支給日数 労務に服せなかつた日数 () - 3日 = () ②

①×②=支給決定額 () 円 ※①の上限は 30,887 円

Higashiosaka — 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)

- 1 附則様式第 2 (附則第 6 条関係)
 2 国民健康保険傷病手当金支給申請書

被 保 險 者	記号番号	東大国	—	3 世帯主 4 氏名	
	(フリガナ)			5 生年 6 月日	年 月 日
	氏 名				
住 所					
振 込 先 金融 機 関	10 金融機関	9 銀行・信金・信組 農協・その他			11 支店
	12 種別	13 普通 · 当座 15 その他 ()	(フリガナ)	14 口座名義人	

1 附則様式第 2 (附則第 6 条関係) Supplementary Provision Form No. 2 (Related to Supplementary Provision Article 6)

This is the form title - no action needed. It identifies this as Form 2 under Supplementary Provision Article 6 of the National Health Insurance regulations.

2 国民健康保険傷病手当金支給申請書 National Health Insurance / National Health Insurance / Application

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

3 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.

4 氏名 Full name

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

5 生年 Date of birth

Enter your birth year, month, and day as shown on your residence card or passport

6 年 月 日 Year Month Day

Write the date in Japanese format (year/month/day) using Arabic numerals

7 月日 Month/Day

Fill in the month and day using numbers (MM/DD format)

8 振指 Transfer designation

This typically refers to designating how to transfer your residence record - leave blank unless specifically instructed by municipal office staff

9 銀行・信金・信組 Bank

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

10 金融機関 Financial institution

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

11 支店 Branch

For bank branch name when providing financial information



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

- 1 附則様式第2 (附則第6条関係)
 2 国民健康保険傷病手当金支給申請書

被 保 險 者	記号番号	東大国	—	3 世帯主 4 氏名	
	(フリガナ)			5 生年 6 月日	年 月 日
	氏 名				
住 所					
8 振 込 先 9 指定 金融 機 關 10 金融 機 關 11 支店	12 種別	13 普通 14 その他 ()	15 口座名義人	銀行・信金・信組 農協・その他	

種別 Type/Category

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

普通・当座 Regular・Checking

13 Select account type: Regular (savings) or Checking account

先闇 Previous jurisdiction

14 Write the name of the city/ward/town you moved from (your previous address jurisdiction)

その他() Other (/ Other)

15 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

セクション 1 — Section 1 (Part 2/2)

	機 関		その他 ()	1 口座名義人	
--	--------	--	---------	---------	--

1 口座名義人 Account holder name

Must match the name on the account exactly — usually in katakana.



Form p.1

セクション 2 — Section 2

<input checked="" type="checkbox"/> 先 閣	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 口座名義人			
上記のとおり申請し、私が指定する上記金融機関に振り込むことを依頼（承諾）します。					
令和 年 月 日					
(宛先) 東大阪市長					
<input checked="" type="checkbox"/> 住 所					
申請人（世帯主） <input checked="" type="checkbox"/> 氏 名					
<input checked="" type="checkbox"/> 電 話 ()					
<input checked="" type="checkbox"/> 添付書類 1. 被保険者申立書 2. 事業主の証明 3. 医師の証明					
市役所使用欄 <table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 支 給 決 定 額</td> </tr> <tr> <td>円</td> </tr> </table>				<input checked="" type="checkbox"/> 支 給 決 定 額	円
<input checked="" type="checkbox"/> 支 給 決 定 額					
円					
<small>支給額の計算</small> ① 1日あたり支給額 直近3ヶ月の収入合計 () ÷ 勤務日数 () × 2/3 = () ① ② 支給日数 労務に服せなかつた日数 () - 3日 = () ② ① × ② = 支給決定額 () 円 ※①の上限は 30,887 円					

1 先閣 Previous jurisdiction

Write the name of the city/ward/town you moved from (your previous address jurisdiction)

2 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

3 口座名義人 Account holder name

Must match the name on the account exactly — usually in katakana.

4 住 所 Address

Write your complete residential address including postal code, prefecture, city, and building details

5 氏 名 Full name

Write your full legal name as it appears on your residence card or passport

6 電 話 () Phone number

Include area code. Mobile numbers are acceptable.

7 添付書類 1.被保険者申立書 2.事業主の証明 3.医師の証明 Insured person

The person covered by the insurance policy (usually yourself when applying)

8 市役所使用欄 For City Hall Use Only

This section is for city hall staff use only - leave completely blank as applicants should not fill anything here.

9 支 給 決 定 額 Benefit Payment Determination Amount

Enter the officially determined amount of any government benefits/subsidies you receive (leave blank if none apply)

10 支給額の計算 Calculation of benefit amount

This calculation section is typically completed by city hall staff based on your income and circumstances - leave blank unless specifically instructed to fill it out yourself.

11 1日あたり支給額 直近3ヶ月の収入合計 () ÷ 勤務日数 () × 2/3 = () ① Number of days

Enter the total number of days for the period being reported

12 支給日数 労務に服せなかつた日数 () - 3日 = () ② Number of days

Enter the total number of days for the period being reported



セクション 2 — Section 2 (continued)

① 先 閣	② その他 ()	③ 口座番号	④ 口座名義人		
上記のとおり申請し、私が指定する上記金融機関に振り込むことを依頼（承諾）します。					
令和 年 月 日					
(宛先) 東大阪市長					
⑤ 申請人（世帯主）	⑥ 住 所				
⑦ 氏 名					
⑧ 電 話 ()					
⑨ 添付書類	1. 被保険者申立書 2. 事業主の証明 3. 医師の証明				
市役所使用欄					
<table border="1"> <tr> <td>⑩ 支 給 決 定 額</td> </tr> <tr> <td>円</td> </tr> </table>				⑩ 支 給 決 定 額	円
⑩ 支 給 決 定 額					
円					
支給額の計算					
⑪ 1日あたり支給額 直近3ヶ月の収入合計 () ÷ 勤務日数 () × 2/3 = () ①					
⑫ 支給日数 労務に服せなかつた日数 () - 3日 = () ②					
⑪ × ⑫ = 支給決定額 () 円 ※⑪の上限は 30,887 円					

13

⑪ × ⑫ = 支給決定額 () 円 ※⑪の上限は 30,887 円

⑪ × ⑫ = Payment determination amount () yen ※Upper limit for ⑪ is 30,887 yen

This final calculation line shows your approved benefit amount and is completed

by city hall staff after processing your application - do not fill this in
yourself.

セクション 1 — Section 1 (Part 1/2)

国民健康保険傷病手当金支給申請書

記入例

被 保 險 者	記号番号	東大国 1234567-89	世帯主 氏名	国保 一郎
	(フリガナ) 氏 名	コクホ ジロウ	生年 月日	平成 元年 1月 1日
	住 所	東大阪市○○町△丁目△番△号		
振 込 先 金融 機 関	金融機関	国保	銀行・信金・信組 農協・その他	中央 支店
	種別	(普通) • 当座 その他 ()	(フリガナ) 口座名義人	コクホ イチロウ
	座番号	0 0 0 0 0 0		国保 一郎
上記のとおり申請し、私が指定する上記金融機関に振り込むことを依頼（承諾）します。				
令和 2年 △月 △日				

1 記入例 Example of how to fill in

Sample form showing how to complete each field. Study this before filling your own form.

2 国保 一郎 Kokuhō Ichirō

This appears to be a sample name - replace with your actual full name

3 記号番号 東大国1234567-89 Symbol number / Number

Enter the symbol and number from your insurance card or pension booklet Enter the relevant identification number (My Number, insurance number, etc.) as specified in the form context

4 (フリガナ) コクホ ジロウ Phonetic reading (katakana)

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

5 平成 元年1月1日 Heisei era

Japanese era name (1989-2019). Often followed by year number for dates.

6 氏名 国保 二郎 Name: Kokuhō Jiro

Write your full legal name in Japanese characters (katakana for foreign names) as it appears on your residence card or passport.

7 住所 東大阪市○○町△丁目△番△号 Address / Block number

Write your complete residential address including postal code, prefecture, city, and building details Part of Japanese address system - the district block number (e.g., 1-chome, 2-chome)

8 国保 銀行・信金・信組 Bank

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

9 中央 支店 Branch

For bank branch name when providing financial information

10 農協・その他 Other

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

11 (フリガナ) コクホ イチロウ Phonetic reading (katakana)

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



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

国民健康保険傷病手当金支給申請書

記入例

被 保 障 者	記号番号	東大国 1234567-89	世帯主 氏名	国保 一郎
	(フリガナ) 氏 名	コクホ ジロウ	生年 月日	平成 元年 1月 1日
	住 所	東大阪市○○町△丁目△番△号		
振 込 先 金融 機 関	金融機関	国保	銀行・信金・信組 協同・その他	中央 支店
	種別	(普通) • 当座 その他 ()	(フリガナ) 口座名義人	コクホ イチロウ
	口座番号	0 0 0 0 0 0 0		国保 一郎
上記のとおり申請し、私が指定する上記金融機関に振り込むことを依頼（承諾）します。				
令和 2年 △月 △日 Reiwa era				

12 口座番号 0 0 0 0 0 0 0 Account number / Number

Your bank account number (usually 7 digits). Enter the relevant identification number (My Number, insurance number, etc.) as specified in the form context

13 国保 一郎 Kokuhō Ichiro

This appears to be a sample name - replace with your actual full name

14 上記のとおり申請し、私が指定する上記金融機関に振り込むことを依頼（承諾）します。

Financial institution / . / To do/perform

Enter your bank, credit union, or other financial institution name for direct deposit/withdrawal This is typically part of a longer phrase on forms - look for the complete text before filling

15 令和 2年 △月 △日 Reiwa era

Current Japanese era that began May 1, 2019. Used in official dates.

セクション 1 — Section 1 (Part 2/2)

1 ① (宛先) 東大阪市長	P TH TH TH TH
2 ② 申請人（世帯主）	住 所 東大阪市○○町△丁目△番△号
3 ③ 氏 名 国保 一郎	

1 (宛先) 東大阪市長 To: Mayor of Higashiosaka City

This shows who the form is addressed to - no action needed

2 申請人（世帯主） Head of household / Household / Head of household

The primary person in a household for registration purposes. If you live alone, you are the head of household. Refers to your household unit - all people living together and sharing living expenses

3 国保 一郎 Kokuhō Ichiro

This appears to be a sample name - replace with your actual full name



Form p.2

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