

様式コード						
2	2	4	6	0	1	0
3	2	4	6	4		
届書コード						
2	4	6				

健康  
船

届書

事務センター長 所	副事務センター長 副 所 長	グループ長 課 長	担 当 者

日・チェコ社会保障協定 厚生年金保険 健康保険 適用証明期間継続・延長申請書  
船員保険

◎ ※欄は記入しないでください。  
◎ この申請書を記入する際には、裏面をよく読んでください。

令和 年 月 日提出

① 事業所の記号		② 被保険者整理番号		③ 生年月日		⑦ 個人番号(または基礎年金番号)	
				<input type="checkbox"/> 5. 昭和 <input type="checkbox"/> 7. 平成 <input type="checkbox"/> 9. 令和			
④ 一時就労開始年月日		⑤ 協定相手国		⑥ 就労の終了予定年月日(継続・延長後)		⑦ 適用証明書要否	
(西暦)年 月 日		(チェコ) 010		(西暦)年 月 日		※ 0. 要 1. 否	
⑧ チェコ共和国における事業所の登録番号および名称							
(事業所登録番号)				事業所の名称(カナ)			
				事業所の名称(英数字)			
⑨ チェコ共和国における事業所の所在地							
(カナ)							
(英数字)							
⑩ 被保険者氏名							⑪ 性別
(フリガナ)			(ローマ字)		姓		名
							<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女
⑫ 日本国における被保険者住所							
(フリガナ)							
〒							
⑬ 期間延長の理由(具体的に記入してください)							
備 考							

裏面を理解したうえで、上記のとおり申請します。

受付日付印

事業所の所在地及び名称	〒
	(所在地)
	(名称)
	(事業主氏名)
(電話) ( )-( )-( )	

社会保険労務士記載欄
氏名等

## 申請にあたっての留意点

この申請書は、すでに適用証明書の交付を受けている厚生年金保険の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、その事業主が年金事務所に延長された期間についての適用証明書の交付を申請するためのものです。

- a. 事業主の命により、派遣開始年月日から5年を超えない期間まで、チェコ国内で就労を継続すると見込まれる場合
- b. 何らかの事情で、派遣開始年月日から5年を超えて、チェコ国内で就労を継続することとなり、延長が認められないと重大な不利益を被る場合

なお、上記b.に該当する場合は、日本年金機構があらかじめチェコの担当機関との個別協議により合意を得ることが必要となる場合があります。

日・チェコ社会保障協定に基づき、この協定の実施のために必要な場合には、交付された適用証明書に記載された情報を日本の実施機関からチェコ実施機関に提供することがあります。

## 申請書の記入方法

「③ 生年月日」:

年号について、該当する番号のボックスをチェック(☑)してください。

「㊦ 個人番号(または基礎年金番号)」:

個人番号を記入する場合は、個人番号カード、通知カードまたは住民票の写しに記載されている12桁の番号を記入してください。

※基礎年金番号を記入する場合は、年金手帳等に記載されている10桁の番号を左づめで記入してください。

「④ 一時就労開始年月日」:

適用証明書交付申請書の申請時に記入した「就労の開始予定年月日」(すでに交付されている適用証明書の「期間」欄の初日)を西暦で記入してください。

「⑥ 就労の終了予定年月日(継続・延長後)」:

当該申請に係る就労が終了する予定の年月日を西暦で記入してください。

「① チェコ共和国における事業所の登録番号および名称」

チェコでの事業所登録番号は、8桁で構成されています。登録番号が付されていない場合は、その旨を「備考」欄に記入してください。

「㊧ 日本における被保険者住所」:

日本の現住所を記入してください。

「㊨ 期間延長の理由」:

延長しなければならない理由および延長期間の必要性を具体的に記入してください。記入された内容をもとにチェコの担当機関と協議を行います。

「事業所の所在地及び名称」:

事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

## 添付書類

この申請書に、すでに交付されている適用証明書の写しを添えて提出してください。