

様式コード						
2	2	4	8	0	1	0
3	2	4	8	4		
届書コード						届書
2	4	8				

事務センター長 所	副事務センター長 副所	グループ長 課	担当者

日・チェコ社会保障協定 厚生年金保険 健康保険 船員保険 適用証明書再交付申請書

◎ ※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 <input type="checkbox"/> 5. 昭和 <input type="checkbox"/> 7. 平成 <input type="checkbox"/> 9. 令和 年 月 日	④ 一時就労開始年月日 (西暦)年 月 日	⑤ 協定相手国 (チェコ) 010
⑥ 被保険者氏名 (フリガナ) 姓 (ローマ字) 姓 名				⑦ 性別 <input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女
⑧ 個人番号(または基礎年金番号)		⑨ 日本国における被保険者住所 (フリガナ) 〒		
⑩ 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)				
⑪ チェコ共和国における事業所の所在地 (カナ) (英数字)				
⑫ 申請するに至った事由 <input type="checkbox"/> 1. 滅失 <input type="checkbox"/> 2. き損 (き損した適用証明書を添付してください) <input type="checkbox"/> 3. 適用証明書の記載事項変更 (変更する事項の欄に赤字で変更前の内容を記入のうえ、変更後の内容を黒字で追記してください)			備考	
⑬ チェコ共和国における連絡先住所および電話番号 (英数字) (TEL)				

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) ()-()-()	印

社会保険労務士記載欄 氏名等	印
-------------------	---

申請にあたっての留意点

この申請書は、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、年金事務所に適用証明書の再交付を申請するためのものです。

- a. すでに交付された適用証明書を滅失した場合
- b. すでに交付された適用証明書をき損した場合
- c. すでに交付された適用証明書の記載内容に変更が生じた場合

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。

「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。

「① 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。

「⑦ 日本国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。

「⑤ チェコ共和国における事業所登録番号および名称」:

チェコでの事業所の登録番号は、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。

「⑧ 申請するに至った事由」:

該当する番号のボックスをチェック(☑)してください。

「3. 適用証明書の記載事項変更」の場合は、変更する事項の欄に変更前の内容を赤字で記入のうえ、黒字で変更後の内容を記入してください。なお、氏名を変更した場合には、氏名変更届を提出のうえ、この申請をしてください。日本国における被保険者住所を変更した場合は、住所変更届を提出のうえ、この申請をしてください。ただし、日本国内に住民登録しており、住民票上の氏名または住所がすでに変更されている場合は、氏名変更届、住所変更届の提出は不要です。

「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

申請するに至った事由が滅失の場合を除き、この申請書にすでに交付されている適用証明書を添えて提出してください。