

様式コード						
4	2	4	3	0	0	6

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・フランス社会保障協定 国民年金・国民健康保険 適用証明書交付申請書

◎ 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

個人番号(または基礎年金番号)			被 保 険 者 氏 名		
			(フリガナ)	*ローマ字(大文字ブロック体)で記入願います。	
生 年 月 日			性別	日 本 国 に お け る 被 保 険 者 住 所	
<input type="checkbox"/> 5. 昭和	年	月	<input type="checkbox"/> 1. 男	(フリガナ)	(フランス)
<input type="checkbox"/> 7. 平成		日	<input type="checkbox"/> 2. 女	〒	0 0 6
<input type="checkbox"/> 9. 令和					
就 労 の 形 態					
<input type="checkbox"/> 50. 日本国内の事業所からフランス国内の事業所へ一時的(5年以内の見込)に派遣される場合(協定第6条1該当) (前回のフランス国内への派遣期間終了から1年以上経過している)					
<input type="checkbox"/> 51. 上記以外でフランス国内の事業所で就労するが、フランスの制度が適用されることにより不利益を被る場合(協定第9条該当) *「備考」欄にどのような不利益を被るかを具体的に記入してください。					
協定発効以降に就労の形態が上記50に該当することとなった場合には、右の就労の開始予定年月日及び就労の終了予定年月日を記入してください。協定発効以前から引き続きフランス国内の事業所へ一時的に派遣されている場合は下欄に記入してください。			就労の開始予定年月日(発効後)		就労の終了予定年月日
			(西暦)年 月 日		(西暦)年 月 日
フ ラ ン ス に お け る 事 業 所 S I R E T 番 号 お よ び 事 業 所 の 名 称					
(SIRET番号)			*ローマ字(大文字ブロック体)で記入願います。		
-					
フ ラ ン ス に お け る 事 業 所 等 の 郵 便 番 号 お よ び 事 業 所 等 の 所 在 地					
(郵便番号)			*ローマ字(大文字ブロック体)で記入願います。		
-					
フ ラ ン ス に お け る 連 絡 先 住 所 お よ び 電 話 番 号 *ローマ字(大文字ブロック体)で記入願います。					
(TEL)					
協定発効日前から引き続き派遣されている場合の申請期間		フランス健康保険証返還日		就労の終了予定年月日(最長2012年5月末日)	
		(西暦)年 月 日		(西暦)年 月 日	
備 考					

裏面を理解したうえで、上記のとおり申請します。

日本の事業主記入欄(被用者の場合のみ記入)	
上記内容は、事実と相違ないことを証明します。	
(所在地) 〒	
(名称)	
(事業主氏名)	
(電話)	()-()-()

受付日付印

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、国民年金の被保険者が、次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交付を申請するためのものです。

- 日本国内の事業所からフランス国内の事業所へ一時的(5年以内の見込)に派遣される場合(協定第6条1該当)
(前回のフランス国内への派遣期間終了から1年以上経過している)
- 上記以外でフランス国内の事業所で就労するが、フランスの制度が適用されることにより不利益を被る場合(協定第9条該当)
※「備考」欄にどのような不利益を被るかを具体的に記入してください。

*ここでいう「適用証明書」とは、申請された就労に関して、社会保障協定に基づき日本の社会保障制度のみに加入する(フランスの社会保障制度の加入が免除される)根拠となる証明書です。

この申請書には、日本の事業主が次の内容を確認したことを示す「事業主確認用紙」を添付してください。

- フランス国内での労働災害について保障する保険に加入していること
- 申請に係る被保険者にフランスへ随伴する配偶者または子がいる場合には、その配偶者または子の氏名、生年月日および続柄
- ②の配偶者または子が申請者により生計を維持されていること

※①に関するお問い合わせは、厚生労働省労働基準局労災管理課までお願いします。

電話 03-5253-1111(内線5436)

申請書を提出した後、適用証明書の交付前に、派遣が取り止めとなった場合や申請内容に変更があった場合は、取消または訂正の手続きが必要です。なお、行き違いで適用証明書が届いた場合、年金事務所に速やかに返却をお願いします。

日・フランス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フランスの実施機関に提供することがあります。

申請書の記入方法

「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、基礎年金番号通知書また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。

※デジタル手続法の施行日(令和2年5月25日)時点で交付されている通知カードは、氏名、住所等の記載事項に変更がない場合または同日前に正しく変更手続がとられている場合に限り、引き続き利用可能です。

「被保険者氏名」:

申請する被保険者の氏名を「漢字」、「カタカナ」および「ローマ字(大文字ブロック体)」で記入してください。

「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。

「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。日本における住所がない場合は、日本での最終の住所を記入してください。

「就労の形態」:

該当する番号のボックスをチェック(☑)してください。

「51」に該当する場合は、「備考」欄に具体的状況およびフランスの制度が適用されることによりどのような不利益を被るかを必ず記入してください。この場合には、フランスの担当機関との協議が必要となる場合があります。この協議は、「備考」欄に記入している内容により個別に行われます。

なお、適用証明書を交付できるかどうかはフランスの担当機関との協議結果によります。

「就労の開始予定年月日」または「フランス健康保険証返還日」および「就労の終了予定年月日」:

日・フランス社会保障協定の発効日(2007(平成19)年6月1日)以降に、フランス国内での就労を開始する場合には、「就労の開始予定年月日」にその就労を開始する予定の年月日を、「就労の終了予定年月日」に就労を終了する予定の年月日を西暦で記入してください。

2007(平成19)年6月1日時点において、すでにフランス国内での就労を開始しており、発効日から5年以内に派遣が終了する予定である場合には、「就労の開始予定年月日」には記入せず、「フランス健康保険証返還日」および「就労の終了予定年月日(最長2012年5月末日)」を西暦で記入してください。この場合は、フランスの健康保険証を返還した際にフランスの実施機関(医療保険一次金庫)で受領した「移行期間付帯文書」にフランスの社会保障制度より脱退することを誓約する旨などを記入のうえ、「事業主確認用紙」と併せてこの申請書に添えてください。

「フランスにおける事業所SIRET番号および事業所の名称」:

フランスの事業所番号であるSIRET番号を記入してください。14桁(9桁の事業所識別番号と5桁の所在地識別番号)で構成されています。

「日本の事業主記入欄」:

自営業者の方は記入不要です。日本の事業所の被用者の方のみ、日本の事業主より申請内容について証明を受けてください。

【個人番号(マイナンバー)により申請する際の添付書類について】

本人が窓口で申請書を提出する場合は、マイナンバーカード(個人番号カード)を提示してください。お持ちでない場合は、以下の①および②を提示してください※1。

① マイナンバーが確認できる書類:通知カード※2、個人番号の表示がある住民票の写し

② 身元(実存)確認書類:運転免許証、パスポート、在留カードなど※3

※1 郵送で申請書を提出する場合は、マイナンバーカード表裏両面または①および②のコピーを添付してください。

※2 デジタル手続法の施行日(令和2年5月25日)時点で交付されている通知カードは、氏名、住所等の記載事項に変更がない場合または同日前に正しく変更手続がとられている場合に限り、引き続き利用可能です。

※3 上記以外の②身元(実存)確認書類については、管轄の年金事務所へお問い合わせください。

〈事業主確認用紙〉 / Formulaire de confirmation par l'employeur

1 被保険者氏名 / Travailleur assuré

1.1 氏 / Nom de famille

名 / Prénoms

2 労働災害に対する保険の加入 / Adhésion à une assurance accidents du travail

2.1 労働者災害補償保険の特別加入、労働保険番号及び承認番号

Admission à titre particulier à l'Assurance pour l'indemnisation des accidents du travail, n°

2.2 労働者災害補償保険の特別加入に準ずる保険、契約番号等

Assurance équivalente à une admission à titre particulier à l'Assurance pour l'indemnisation des accidents du travail, référence du contrat

2.3 上記 1 に記載した被保険者が労働者災害補償保険の特別加入又はこれに準ずる保険へ加入していることを確認しました。

Nous avons vérifié en outre que le travailleur détaché visés au cadre 1 est admis à titre particulier à l'Assurance pour l'indemnisation des accidents du travail, ou qu'il a souscrit une assurance privée équivalente à ladite assurance.

2.4 事業主氏名 / Nom et prénom de l'employeur

3 随伴する被扶養者 / Ayants droit qui accompagnent le travailleur

氏 / Nom de famille

名 / Prénoms

生年月日 / Date de naissance

続柄 / Lien de parenté

3.1

____ / ____ / ____

3.2

____ / ____ / ____

3.3

____ / ____ / ____

3.4

____ / ____ / ____

3.5 上記に記載した被扶養者が、日本の公的医療保険制度の加入を継続していることを、1 欄に記載した被保険者に確認しました。

L'assuré mentionné au point 1 nous a confirmé que les ayants droit visés ci-dessus demeurent couverts par l'assurance médicale publique japonaise durant leur séjour.

3.6 事業主氏名 / Nom et prénom de l'employeur