

様式コード						
4	2	4	6	0	0	6

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・フランス社会保障協定 国民年金・国民健康保険 適用証明期間継続・延長申請書

◎ 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 <input type="checkbox"/> 7. 平成 <input type="checkbox"/> 9. 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	(フリガナ) 〒
就 労 の 開 始 年 月 日		就 労 の 終 了 予 定 年 月 日 (継 続 ・ 延 長 後)	協 定 相 手 国
(西暦)年 月 日		(西暦)年 月 日	(フランス) 0 0 6
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)			
協定発効以前からの派遣状況		期間延長の理由(具体的に記入してください)	
<input type="checkbox"/> 1.協定第6条1該当の派遣者であり、協定発効以前から引き続き派遣である。 <input type="checkbox"/> 2.上記以外			
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

日本の事業主記入欄(被用者の場合のみ記入)	
上記内容は、事実に相違ないことを証明します。	
(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。

- 日本の事業主の命により、派遣開始年月日から5年を超えない期間まで、フランス国内で就労を継続すると見込まれる場合
- 何らかの事情で、派遣開始年月日から5年を超えて、フランス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フランス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ります。

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。

- ① 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
- ② 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
- ③ 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。

「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。

「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事業所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。

「協定発効以前からの派遣状況」:

協定発効日(2007(平成19)年6月1日)以前からの派遣状況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。

「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。

「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。

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。また、「事業主確認用紙」にフランスにおける労働災害を補償する保険の情報等を記入のうえ、この申請書に添えて提出してください。

【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
