

様式コード						
4	2	4	8	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 適用証明書再交付申請書

◎ 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)		生 年 月 日		就労の開始年月日		協定相手国	
		<input type="checkbox"/> 5. 昭和 <input type="checkbox"/> 7. 平成 <input type="checkbox"/> 9. 令和		(西暦)年 月 日		(フランス) 006	
被 保 険 者 氏 名						性 別	
(フリガナ)		*ローマ字(大文字ブロック体)で記入願います。					
		姓		名		<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	
日 本 国 に お け る 被 保 険 者 住 所							
(フリガナ)							
〒							
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。					
〒							
申 請 す る に 至 っ た 事 由				備 考			
<input type="checkbox"/> 1. 滅失 <input type="checkbox"/> 2. き損 <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並記してください) <input type="checkbox"/> 4. 事業主確認用紙の記載事項変更							
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)							

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) ()-()-()	

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再交付を申請するためのものです。

- すでに交付された適用証明書を滅失した場合
- すでに交付された適用証明書をき損した場合
- 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

日本国内の使用者に使用されている海外に派遣される被用者は、日本の労災保険制度の特別加入制度、または民間の労働災害に対する保険に加入することにより、労働災害に対する備えとなります。

日本の労災保険制度の特別加入制度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。

「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。

「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。

「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。

「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。

「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並記してください。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。

「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

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。

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^o

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
