

社会保障に関する日本国とアメリカ合衆国との間の協定
 Agreement between Japan and the United States of America on Social Security

日本国の公的年金及び公的医療保険
 各法の適用に関する証明書

Certificate of continuing coverage under legislation
 concerning the Japanese public pension systems
 and the Japanese health insurance systems

- ・ 協定第 4 条
- ・ 行政取決め第 4 条

- ・ Article 4 of the Agreement
- ・ Article 4 of the Administrative Arrangement

1 被用者/Employee 自営業者/Self-employed person

氏/Surname _____ 名/Forename _____ 生年月日/Date of birth
 (Year) (Month) (Day)
 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 (ローマ字/In the Latin alphabet)

日本国における住所/Permanent Japan address

基礎年金番号/Basic Pension Number _____

2 日本国における事業所/Place of work in Japan

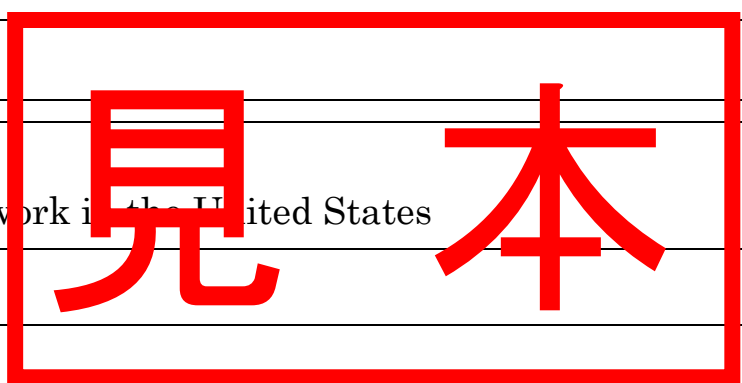
事業所名/Name of company _____

所在地/Address _____

3 合衆国における事業所/Place of work in the United States

事業所名/Name of company _____

所在地/Address _____



4 証明/Certification

上記 1 に氏名のある労働者は日本の公的年金制度及び日本の公的医療保険制度（協定第 2 条 1）について法の適用を受けており、協定の以下の条項に従って、退職年金、遺族年金、障害年金及びメディケアについて合衆国の法規から免除される。 / The worker named in 1 is covered by the legislation concerning the Japanese public pensions systems and the Japanese public health insurance systems (Article 2.1 of the Agreement) and is exempt from U.S. laws with respect to Retirement, Survivors, Disability and Medicare in accordance with the following Article of the Agreement.

4.1 4.2 4.4 4.5 4.6 4.7(c) 4.8

期 間/The period (Year) (Month) (Day) (Year) (Month) (Day)
 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

5 連絡機関/Liaison agency

名 称/Name _____ 印/Stamp _____

所 在 地/Address _____

年 月 日/Date (Year) (Month) (Day)
 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(注 意 事 項)

1. この証明書を受け取りましたら、氏名の「ローマ字」欄を記入してください。
2. この証明書は、あなたが日本の公的年金制度及び公的医療保険制度に継続して適用されていることを証明するものです。
この証明書の証明期間中、アメリカ合衆国の社会保障制度が免除される根拠となりますので、大切に保管してください。
3. この証明書を紛失または盗まれたときは、直ちに、この証明書の交付申請をした年金事務所に再交付の申請をしてください。
4. この証明書の記載内容に変更が生じたときは、直ちに、この証明書の交付申請をした年金事務所にお知らせください。
5. この証明書の証明期間が、不測の事情により延長となるときは、この証明書の交付申請をした年金事務所にご相談ください。