

様式コード							
2	2	4	6	0	1	3	届書
届書コード							
2	4	6					

事務センター 所	長 副	事務センター 所	長 副	グループ 課	長 副	担当者

日・ブラジル社会保障協定 厚生年金保険 適用証明期間継続・延長申請書

◎ ※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	⑦ 個人番号(または基礎年金番号)
		☐ 5. 昭和 ☐ 7. 平成 ☐ 9. 令和	
		年 月 日	
④ 就労の開始年月日	⑤ 協定相手国	⑥ 就労の終了予定年月日(継続・延長後)	⑦ 適用証明書要否
(西暦)年 月 日	(ブラジル) 0 1 3	(西暦)年 月 日	※ 0. 要 1. 否
① ブラジルにおける全国法人台帳番号および事業所の名称			
(全国法人台帳番号: CNPJ)		*ローマ字(大文字ブロック体)で記入願います。	
② ブラジルにおける事業所の所在地 *ローマ字(大文字ブロック体)で記入願います。			
⑧ 被 保 険 者 氏 名			⑨ 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	送信 ☐ 1. 男 ☐ 2. 女
⑩ 日 本 国 に お け る 被 保 険 者 住 所			
(フリガナ)			
〒			
⑪ 期間延長の理由(具体的に記入してください)			
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

事業所の 所在地 および 名称	〒
	(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厚生年金保険の被保険者が、次のいずれかに該当する場合に、その事業主が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。

- a. 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、ブラジル国内で就労を継続すると見込まれる場合
- b. 何らかの事情で、派遣開始年月日から5年を超えて、ブラジル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ブラジル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。

この証明書により、ブラジルの法令のもとで年金制度と一体的に運用されている労働災害に起因する給付(労災保険制度)についても適用されなくなります。そのため、ブラジルおよび日本のいずれの国においても強制的な労災保険制度が適用されない状態となります。

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・ブラジル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ブラジル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

「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。

「㊦ 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。

「④ 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。

「⑥ 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。

「① ブラジルにおける全国法人台帳番号および事業所の名称」:

ブラジルにおける事業所の全国法人台帳番号(CNPJ: 99. 999. 999/9999-99)および事業所の名称(ローマ字(大文字ブロック体))を記入してください。

「⑧ 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。

「㊦ 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。

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。