

様式コード						
2	2	4	6	0	1	5
届書コード						届書
2	4	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・ハンガリー社会保障協定 厚生年金保険・健康保険 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 年 月 日 ☐ 7. 平成 ☐ 9. 令和			
④ 就労の開始年月日		⑤ 協定相手国		送信	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		(ハンガリー) 015			(西暦)年 月 日		※ 0. 要 1. 否
① ハンガリーにおける事業所の登録番号および名称							
(事業所の登録番号)				*ローマ字(大文字ブロック体)で記入願います。			
② ハンガリー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
④ 日 本 国 に お け る 被 保 険 者 住 所							
(フリガナ) 〒							
⑤ 期間延長の理由(具体的に記入してください)							
⑥ 継続・延長する派遣期間における就労の形態							
☐ 日本の派遣元事業主は、被用者のハンガリーの領域内における就労に関し、他の雇用契約を締結していないことを証明します。				☐ 日本の派遣元事業主は、以下の①及び②に該当していることについて証明します。 ①ハンガリーの派遣先事業主との雇用契約が、日本の派遣元事業主の関連するハンガリーの派遣先事業主との間で締結していること ②ハンガリーの派遣先事業主が、ハンガリーの領域内に事業所を有していること			
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、予見できない事情など特別な事情があり当初の予定された派遣期間を超えて派遣期間の延長を希望する場合、当初の派遣期間と延長期間の合計が6年を超えないことを条件に、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。この場合は、日本年金機構があらかじめハンガリー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(延長を含めた総派遣期間が5年以内であったとしても、同様の取扱いとなります)。

派遣期間の延長申請は、総派遣期間が5年を超えるか否かに関わらず、一回限りとなります。そのため、適用証明書の交付申請にあたっては、派遣期間を十分に検討していただくようお願いします。

「㊤ 継続・延長する派遣期間における就労の形態」欄について、日本の派遣元事業主がその内容を必ず証明してください。

ハンガリーの年金制度および医療保険制度には労災補償も含まれています。そのため、この証明書によりハンガリーの法令が適用されなくなると、ハンガリー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・ハンガリー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ハンガリー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

「㉓ 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。

「㉔ 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。

「㉕ 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。

「㉖ 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。

「㉗ 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。

「㉘ ハンガリーにおける事業所の登録番号および名称」および「㉙ ハンガリーにおける事業所の所在地」:

ハンガリーにおける事業所の登録番号(10桁)を記入してください。

ハンガリーにおける事業所の名称および所在地をローマ字(大文字ブロック体)で記入してください。

なお、記号は適用証明書に表示できない場合がありますので、必要に応じて適用証明書に手書きで補足してください。

「㉚ 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。

「㉛ 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。

「㉜ 継続・延長する派遣期間における就労の形態」:

内容を確認のうえ、該当するボックスにチェック(☑)してください。チェックがない場合は、適用証明書の交付対象とはなりません。なお、日本およびハンガリーの領域内に事業所を有する雇用主との間で、経営、支配または資本に直接または間接に参加している場合、協定上の関連する雇用者とみなされます。

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。