

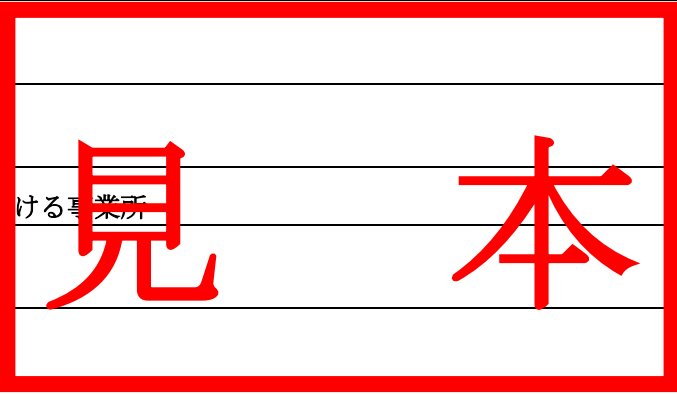
Konvention om social trygghet mellan Konungariket
Sverige och Japan
社会保障に関する日本国とスウェーデン王国との間の協定

Artiklarna 7, 8, 9.2 och 10 i avtalet
Artikel 4 i tillämpningsöverenskommelsen
協定第7条, 第8条, 第9条2及び第10条
行政取決め第4条

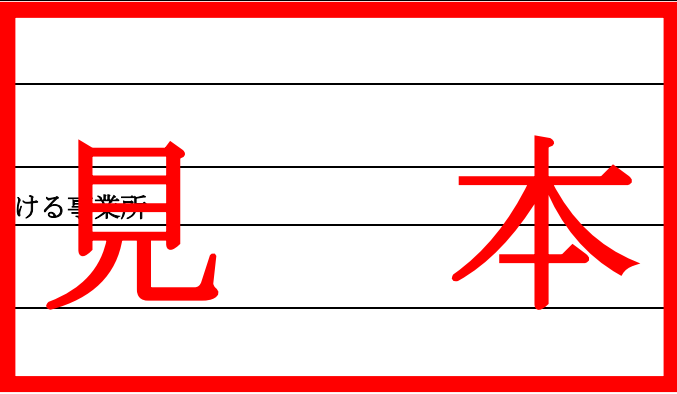
1. Arbetstagare / 被保険者

Efternamn / 姓	
Förnamn / 名	
Födelsedatum (dag, månad, år) / 生年月日 (日、月、年)	Personnummer / 個人番号
Bostadsadress i Sverige / スウェーデンにおける住所	

2. Arbetsgivare i Sverige / スウェーデンにおける事業所

Arbetsgivarens namn / 事業所名	
Adress / 所在地	
Organisationsnummer / 事業所番号	

3. Företag i Japan / 日本国における事業所

Företagets namn / 事業所名	
Adress / 所在地	

4. Intygande / 証明

Ovannämnda arbetstagare är omfattad av svensk lagstiftning

上記の被保険者はスウェーデン法令の適用を受ける

från _____
dag, månad, år
日、月、年

till _____
dag, månad, år
日、月、年

Under denna period omfattas arbetstagaren av lagstiftningen om sjukersättning, aktivitetsersättning, garantipensioner, inkomstgrundande ålderspensioner, efterlevandepensioner och efterlevandestöd till barn.

この期間中、被保険者は疾病補償、活動補償、保証年金、所得に基づく老齢年金、遺族年金及び遺児手当に関する法令の適用を受ける。

Fyll i relevant ruta med ett kryss
関連する項目に×印をつける

☐ Artikel 7.1 Utsändning
7条1 派遣

☐ Artikel 7.2 Utsänd egen företagare
7条2 自営業者の派遣

☐ Artikel 8.1 Besättningspersonal på havsgående fartyg
8条1 海上航行船舶の乗組員

☐ Artikel 8.2 Besättningspersonal på flygplan
8条2 航空機の乗務員

☐ Artikel 9.2 Statliga tjänstemän
9条2 公務員

☐ Artikel 10 Undantag från artiklarna 6 till 9
10条 6条から9条までの規定の例外

5. Medföljande familjemedlemmar i enlighet med artikel 11 (i förekommande fall)

11 条に基づく同行家族（該当する場合）

Efternamn / 姓	
Förnamn / 名	
Födelsedatum (dag, månad, år) / 生年月日（日、月、年）	Personnummer / 個人番号
Bostadsadress i Sverige / スウェーデンにおける住所	

Efternamn / 姓	
Förnamn / 名	
Födelsedatum (dag, månad, år) / 生年月日（日、月、年）	Personnummer / 個人番号
Bostadsadress i Sverige / スウェーデンにおける住所	

Efternamn / 姓	
Förnamn / 名	
Födelsedatum (dag, månad, år) / 生年月日（日、月、年）	Personnummer / 個人番号
Bostadsadress i Sverige / スウェーデンにおける住所	

Efternamn / 姓	
Förnamn / 名	
Födelsedatum (dag, månad, år) / 生年月日（日、月、年）	Personnummer / 個人番号
Bostadsadress i Sverige / スウェーデンにおける住所	

6. Behörig institution / 実施機関

Behörig institution (namn och adress) / 実施機関（名称及び所在地） Försäkringskassan Försäkringstillhörighet Box 1164 621 22 VISBY	
Datum (dag, månad, år) / 日付（日、月、年）	Stämpel / 印
Underskrift / 署名	