

適用証明書

日米社会保障協定 第4条

行政取決め第4条

a. Name/ 氏名

b. Social Security Number / 社会保障番号

c. Country of Permanent Residence/ 永住国

米国における雇用主（自営業）に関する情報

a. Name / 氏名

b. Address/ 所在地

日本における雇用主（自営業）に関する情報

a. Name/ 氏名

b. Address/ 所在地

The above employee or self-employed person meets the conditions in Article ____ of the Agreement and remains subject to the laws of the United States regarding Social Security and is exempt from Japanese laws with respect to old-age, disability and survivors pensions for the period beginning _____ and ending _____. The employer or self-employed person has certified to the competent institution of the United States that the employee or self-employed person and any accompanying spouse and children are covered under appropriate insurance against the cost of health care in Japan. Therefore, the employee or self-employed person and any accompanying spouse and children are exempt from Japanese laws with respect to Japanese health insurance for the same period.

上記の被用者又は自営業者は、協定第_____条の条件に該当し、社会保障に関して米国法令が適用となり、
から_____の期間、老齢、障害、遺族年金にかかる日本法令の適用を免除される。
当該被用者の雇用主又は当該自営業者は、米国の実施機関に対して、当該被用者又は当該自営業者並びにその配偶者及び子が、日本における医療費に備える適切な保険に加入している旨を証明した。よって、当該被用者又は当該自営業者並びにその配偶者及び子は、上記の期間、日本の医療保険にかかる日本法令の適用を免除される。

社会保障庁記入欄

a. Signature/ 署名

b. Date and Seal/ 日付及び印