

要領第10号

事業企画部長決定

平成22年1月1日制定・施行

平成22年2月23日改正・施行

平成22年3月19日改正・施行

平成22年4月15日改正・施行

平成22年6月29日改正・施行

平成22年8月31日改正・施行

平成22年9月15日改正・施行

社会保障協定
適用・給付

業 務 処 理
マ ニ ュ ア ル

日本年金機構

書類の提出・受付・返戻等にかかる取扱い

1. 取扱いについて

書類の提出・受付・返戻等については、次の手順書により取り扱うこととする。

(1) フロー図 「書類の流れ」

(2) 手順書

- ① 禁止事項
- ② 本人確認
- ③ 書類の作成
- ④ 書類の補正
- ⑤ 書類の受付
- ⑥ 受付処理簿
- ⑦ 書類の返戻
- ⑧ 窓口交付

2. 用語について

上記フロー図、手順書で使用する用語の使用は次のとおりである。

- ・「書類」 … 申請書、届書等、お客様から提出される書類
- ・「本人」 … 法令により申請書または届書を作成することができる人（届出義務者を含む）
- ・「代理人」 … 本人より委託を受けた人（受任者）

3. 経過措置

(1) 当分の間、本マニュアルに基づき事務センターで行うこととされている一連の業務については、事務センター所属の職員を年金事務所併任とし又は年金事務所所属の職員を事務センター併任として年金事務所に配置することによって、年金事務所で行うことができる。

ただし、適用事業所全喪届、厚生年金被保険者資格取得届・資格喪失届・標準報酬月額変更届のうち60日以上遡って処理されるもの、又は標準報酬月額変更届のうち大幅に引き下げて処理されるもの及び年金記録確認の地方第三者委員会への進達については、事務センターで処理を行う。

(2) 上記(1)に基づき、年金事務所に配置される併任職員が事務センターの所掌に係る事務処理を行う場合においては、日本年金機構事務処理規程（規程第17号）附則第2条第1項の規定に基づき、事務センター長又は各グループ長が行う決裁に代えて、年金事務所長又は各課（室）長の決裁によることができる。

- (3) 上記(1)及び(2)の措置を行う場合、事務センター長及び年金事務所長は、当該決裁に係る事務の具体的な種別及び内容について、ブロック本部長の許可を必要とするものとする。ブロック本部長は、この許可を行った場合、その内容を別添の様式にて速やかに本部に報告するものとする。
- (4) 平成22年2月23日前に事務センター所属の職員を年金事務所併任として年金事務所に配置し、同日前の日本年金機構事務処理規程(規程第17号)附則第2条の規定に基づき(1)の措置を行っている場合については、(3)の許可があったものとみなす。
- (5) なお、会計検査院の会計実地検査において指摘を受けた「適用事業所の保険料徴収不足」等に係る届書処理の年金事務所対応については、会計検査院による会計実地検査対応要領(要領第44号)に基づき取り扱うこと。

○ 書類の流れ（基本） ○

作成	本人、代理人（受任者）が書類を作成	年金事務所
		年金事務所等の窓口、相談コーナーで職員と対面式等により、本人、代理人（受任者）が書類を作成



受付	事務センター	年金事務所	
	送付提出	窓口提出	
		窓口点検	不備
	受付		



審査 決定	窓口交付の場合		事務センター	
	年金事務所	審査		
	審査	審査		
	決定	決定		不備
即時交付			返戻	



保管	事務センター	
	保管	

手順書 1-1

手順書【書類の作成・受付・返戻】①

禁 止 事 項

◆見出し

◆手順

◆Point

1. 書類の作成について

本人または代理人(受任者)が作成すべき申請、届出の書類については、職員が作成してはならない(電話等により、本人が承知している場合も含む。)。職員が戸別訪問または事業所に向いた際、申請、届出の書類を作成すべき本人が不在の場合、本人の承知しないところで、本人以外(家族、従業員等)に届書・申請書等の作成を求めてはならない。

職員が作成すべき「処理票」の作成はこの限りではない。

2. 書類の補正について

本人または受任者が作成した申請、届出の書類については、職員が改竄してはならない。
また、次の事項を補正してはならない。
① 本人の自署または押印の欄の不備
② 第三者が記載証明している欄の不備
③ 申請について本人の意思を表示する欄、審査の要件にかかる欄(給付金額や給付要件の可否に影響を及ぼすもの)の不備

3. その他

【書類のコピーへの受付印押印の禁止】

提出者が送付又は持参した書類のコピーに受付控えとして受付印を押印するよう依頼された場合、書類のコピーに受付印を押印してはならない。(注)

持参したコピーへの受付印の押印は、原本との不一致の恐れが有り、また受付印は、書類の到達を証明する印であり、その日付印により権利の発生や時効または給付額等に直接影響があることから、真に提出された原本書類以外へ押印することは、適切ではない。

なお、提出者より受付控えを要求されたときは、書類に受付印を押印した後コピーを取り、それを渡すこと。

【FAXによる内部の業務連絡は原則禁止】

内部の業務連絡については、誤送信防止のため、FAX送信は極力行わず、イントラネットメールにより送付すること。

なお、やむを得ずFAXによる送信を行う場合は、FAX送信票を必ず作成のうえ、送信票に日付と担当者印を押印して事跡を管理すること。

注) 提出者が送付又は持参した書類のコピーに受付控えとして受付印を押印するよう依頼された場合で原本との枚数及び届出内容(氏名等)が相違ないことを確認した時は、コピーに受付印を押印して交付しても良い。

なお、送付受け付けで切手が貼付されている返信用封筒が無い場合は、次回以降の送付時には切手を貼付した返信用封筒を同封するよう付箋等で案内する。

注) FAXを送信する場合は、2人以上で送信先のFAX番号を確認すること。

本人確認

◆見出し

◆手順

◆Point

1. 本人確認

本人確認は、主に次の場合に行われる。

- ① 職員がお客様と面談で書類の作成、補正を行う場合(代筆を含む)
- ② 提出された書類の不備事項について、届出義務に係る通知事項の不備を電話で確認する場合
- ③ 窓口交付を行う必要がある場合

本人確認については、原則として年金相談マニュアル本編(来訪)及び年金相談マニュアル本編(電話)により取り扱うこととする。

手順書「書類の作成」参照

手順書「書類の補正」参照

手順書「窓口交付」参照

別添参照(本人確認、委任状)

2. 窓口における留意事項

窓口における本人または代理人(受任者)の確認は、公的機関が発行した身分を確認できるものの提示により確認すること。

- ① 運転免許証
- ② 旅券(パスポート)
- ③ 住民基本台帳カード(写真付きのもの)
- ④ その他公的機関が発行した写真付きのもの
- ⑤ 本人が①～④のいずれも持っていない場合
年金手帳又は年金証書+健康保険被保険者証

本人確認を行った場合は、当該書類の余白に、確認した内容(提示物)を記載し、確認を行った職員の署名または押印をすること

(例)

運転免許証により本人確認④

その他公的機関が発行したものは、国の行政機関又は都道府県又は市区町村が発行したもので、有効期限(更新)内のものをいう。

※ 交付は原則として、後日送付とするが、即時交付の理由が緊急性の高いものである場合は、交付物の詐取を防止するため、上記の①～⑤により本人または代理人(受任者)と確認できるものの提示を求めること。

※ ①～⑤のものを持っていない場合は、窓口交付を行わず送付により対応する。

ただし、受託社会保険労務士で、上記①から④を持参していない場合は、下記⑥の提示により確認することも可能とする。

受託社会保険労務士以外の場合は、一般のお客様と同様に①から⑤の提示により確認すること。

- ⑥ 全国社会保険労務士会連合会が発行した社会保険労務士証票(写真付きのもの)

なお、上記⑥の持参がない場合、又は上記⑥の写真が古い等の理由により、本人確認が困難な場合は、下記⑦の提示を求めること。

- ⑦ 都道府県社会保険労務士会が発行した会員証

本人確認

◆見出し

◆手順

◆Point

3. 電話における 留意事項

又は職員証明書(写真付きのもの)

上記1②については、職員から本人に電話する場合の本人または代理人(受任者)確認である。

この場合は、本人が連絡先とした電話番号にかけることから、本人である可能性は高いが、個人情報保護の観点から、別人や家族と間違えないよう確実に本人確認を行うこと。

例)

「〇〇 〇〇様、本人でいらっしゃいますか。ご提出いただいた書類の件でお聞きしたいのですが、電話ですので、本人確認させていただいて、よろしいですか」

- ⑭ 船員保険被保険者の資格取得・資格喪失の届出のうち60 日以上遡って処理されるもの
- ⑮ 船員保険被保険者標準報酬に係る届出のうち、60 日以上遡って処理されるもの、又は標準報酬月額を大幅に引き下げて処理されるもの

(4) 年金事務所課長

年金事務所で処理が完結するもののうち、年金事務所長が決裁を行う届出等以外のもの

2. 代決

(1) 事務センター

- ① 決裁（専決）者が事務センター長（副事務センター長）であり、事務センター長及び副事務センター長が出張、休暇その他の事由により不在の場合で、緊急に処理しなければならない事案については、あらかじめ指定する者が代理の表示をして決裁を行い、事後において速やかに、その旨を事務センター長（副事務センター長）に報告する。
- ② 決裁（専決）者がグループ長であり、グループ長が出張、休暇その他の事由により不在の場合で、緊急に処理しなければならない事案については、事務センター長（副事務センター長）が決裁を行う。

(2) 年金事務所

- ① 決裁（専決）者が所長であり、所長が出張、休暇その他の事由により不在の場合で、緊急に処理しなければならない事案については、副所長が決裁を行う。
- ② 決裁（専決）者が所長であり、所長及び副所長が出張、休暇その他の事由により不在の場合で、緊急に処理しなければならない事案については、あらかじめ指定する者が代理の表示をして決裁を行い、事後において速やかに、その旨を所長に報告する。
- ③ 決裁（専決）者が課長であり、課長が出張、休暇その他の事由により不在の場合で、緊急に処理しなければならない事案については、副所長が決裁を行う。

3. 帳票の決裁欄

(1) 使用しない決裁欄については、斜線を引く

例) 決裁（専決）者が副事務センター長又は副所長の場合

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グ ル ー プ 長 課 長	担 当 者
/	印	印	印

(2) 担当者による確認に加え、担当者以外の者が相互チェックを行なった場合

例) 決裁(専決)者がグループ長又は課長で担当者Aが処理及び確認を行い、担当者Bが相互チェックを行なった場合

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グ ル ー プ 長 課 長	担 当 者
		印	Ⓑ Ⓐ

4. 厚生年金保険適用関係届書の一括決裁

集中して届書が提出される時期や、事務処理の集約化を考慮して、決裁事務を簡略化し、一括決裁を可能とする。

(1) 一括決裁

同一の届書又は、複数の届書をまとめて決裁する場合は、(別紙)「厚生年金適用業務処理一括決議伺」により、決裁を受ける全ての届書名・処理件数を担当者が記入し、決裁者が内容を確認して一括決裁を行う。(決裁者による決裁行為以外はこれまでと同様。)

(2) 編綴

決裁後は、決議伺と届書を一緒に編綴する。一括決裁を行った届書が複数の編綴にまたがる場合は、全ての編綴に決議伺の写しを添付する。

(3) その他

- ① (別紙)「厚生年金適用業務処理一括決議伺」については、標準様式とし、項目の追加またはレイアウトの変更を可能とする。
- ② 届書の量にかかわらず、これまでどおりの個別決裁は可能です。

社会保障協定 適用・給付 決裁（専決）者一覧

文書の種類	決裁(専決)者
共通事項	
(1)照会 ・事務センター及び他年金事務所への照会に関する事 ・審査医師又は医療機関への照会に関する事(注)	事務センターグループ長 年金事務所課長
(2)回答 ・事務センター及び他年金事務所からの照会に対する回答に関する事	
(3)回送 ・管轄区域の相違による他事務センター又は他年金事務所への回送に関する事	
(4)内部への報告・回付・進達 ・機構本部、ブロック本部・事務センター、年金事務所への報告等に関する事	
(5)国の決裁又は外部への報告 ・国(厚労本省(年金局、保険局含む)・厚生局への報告又は決裁のための進達に関する事 ・健保協会、市区町村、その他外部機関への報告等に関する事	ブロック本部部長 事務センター長 年金事務所長
(6)送付 ・サービススタンダード期間超のお知らせの送付に関する事	事務センターグループ長 年金事務所課長
(7)処理依頼 ・機構本部及び他年金事務所への処理依頼に関する事	
(8)不備返戻 ・記載内容不備、添付書類不足等による届出者又は申請者への返戻に関する事	
(9)廃棄 ・年金手帳及び年金証書の廃棄に関する事	事務センター長 年金事務所長
I 適用関係	
第1 厚生年金保険・健康保険	
(1)被保険者資格取得届	事務センターグループ長 事務センター長(注)
(2)被保険者資格喪失届	
(3)適用証明書交付申請書	事務センターグループ長
(4)適用証明期間継続・延長申請書	
(5)適用証明書再交付申請書	事務センターグループ長 年金事務所課長
(6)特例加入被保険者資格取得申出書	事務センターグループ長
(7)特例加入被保険者資格喪失申出書	

第2 国民健康保険・国民年金保険	
(1)国民年金 被保険者資格取得届・資格取得申出書(任意加入)	事務センターグループ長
(2)国民年金 被保険者資格喪失届(申出書)	
(3)適用証明書交付申請書	年金事務所課長
(4)適用証明期間継続・延長申請書	
(5)適用証明書再交付申請書	
第3 船員保険・厚生年金保険	
(1)適用証明書交付申請書	事務センターグループ長
(2)適用証明期間継続・延長申請書	
(3)適用証明書再交付申請書	事務センターグループ長
II 給付関係	
(1)年金給付裁定請求書(相手国期間申立書) 老齢基礎年金額加算開始事由該当届(相手国期間申立書) 加給年金額加算開始事由該当届(相手国期間申立書)	事務センターグループ長
(2)相手国年金申請書	
(3)相手国年金に関する照会票	
(4)海外在住年金受給権者の届出事項連絡票	

注)60日以上遡って処理されるもの、又は標準報酬月額を大幅に引き下げて処理されるものは事務センター長を専決者とする。

区 分	国年適用調整						
業務処理名	国民健康保険・国民年金 適用証明書交付申請書 ※各協定により申請書様式が異なる。						
本部の所管部署	国際 G						
流れ 図	<input type="radio"/>	手順	<input type="radio"/>	確認票	—	様式見本	<input type="radio"/>

目的・概要 提出 添付書類 条文・通知・関連

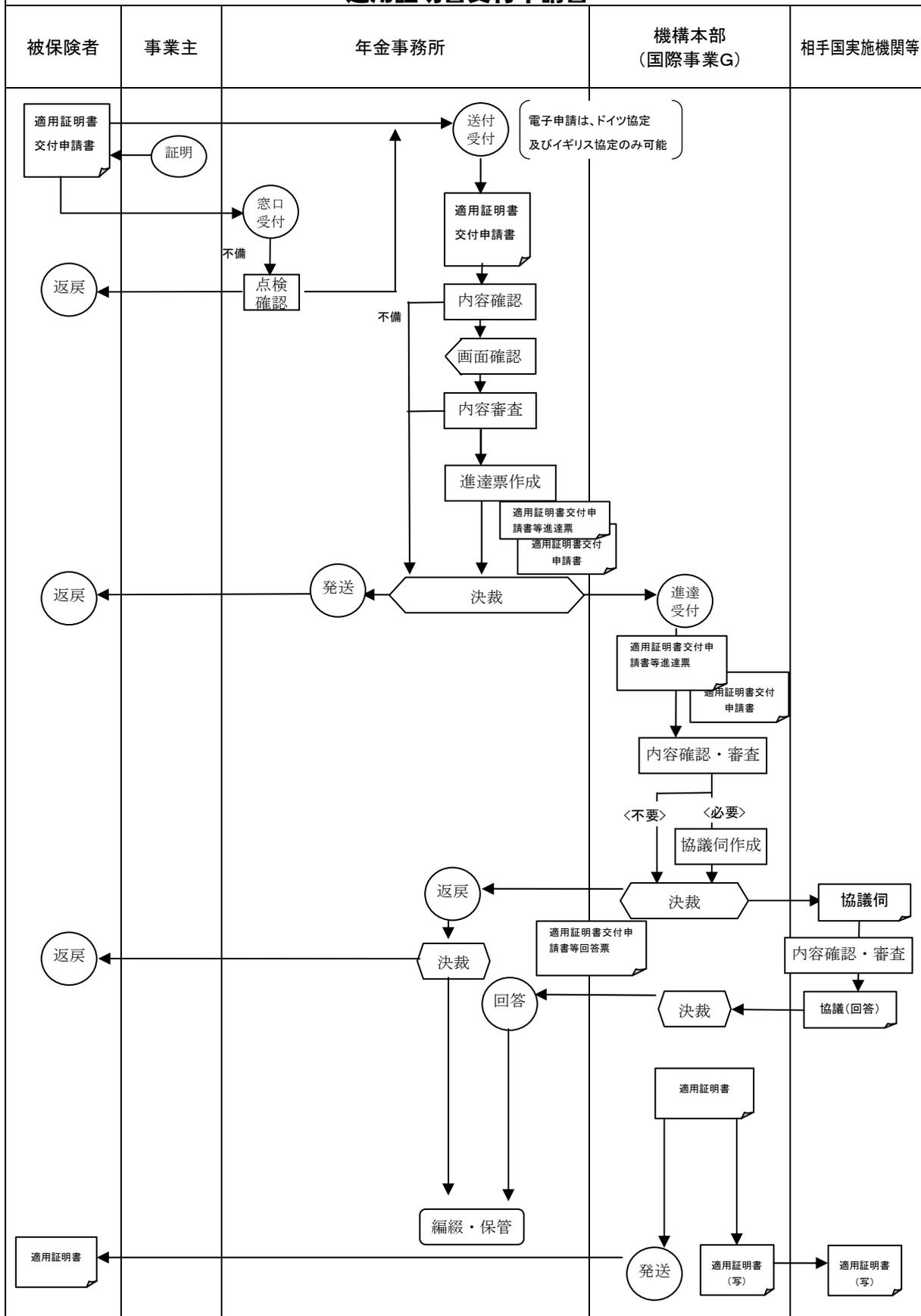
目的	協定により、協定相手国で就労することとなる被保険者又は日本で就労するアメリカ国籍(永住権取得)者等が、日本の制度に継続して適用される根拠となる適用証明書の交付を受けるための申請書
概要	<p>【要件】</p> <p>次のいずれかに該当し、日本国法令にのみ適用されることとなる場合に提出される。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 一時派遣規定に該当することとなる場合 <input type="radio"/> 同一期間両国就労規定に該当することとなる場合 <input type="radio"/> 一般修正規定に該当することとなる場合 <input type="radio"/> 合衆国協定で原則規定に該当する場合 <p>【結果】</p> <p>国際事業Gは、日本国法令に適用される根拠となる適用証明書を交付する。なお、同一期間両国就労規定に該当することとなる場合及び合衆国協定で原則規定に該当する場合には、適用証明書の証明期限の定めはない。</p>

提出	提出者	被保険者
	提出先	被保険者の住所地を管轄する年金事務所
	提出方法	窓口持参／送付／電子申請(ドイツ協定・イギリス協定のみ)
	提出期限	原則、相手国へ派遣される前

添付書類	協定	書類名	使用目的
	フランス	■ 事業主確認用紙	随伴する被扶養者の氏名及び生年月日並びに労災保険に特別加入していることを確認するため
■ 移行期間付帯文書		協定発効前から引き続き派遣されている(自営活動を行っている)場合に、フランスで交付されている保険証を返還したことを確認するため	

条文	【特例省令】第1条(国民年金の被保険者に係る適用証明書の交付申請)、第2条、第4条、第12条
通知	平成20年1月10日庁保険発第0110001号、社業発第30号

適用証明書交付申請書



手順書

■業務処理名

国民健康保険・国民年金

適用証明書交付申請書

◆見出し

◆手順

◆Point

◆見出し	◆手順	◆Point
1. 申請書の受理・受付印の押印		
① 受付印の押印	内容点検が終了したら、申請書に窓口用受付印を押印のうえ請求書等を受理する。	
② 受付処理簿への記入	進捗管理を行うための受付処理簿に、所定事項を記入する。	
2. 内容点検	窓口で点検を行う際には、以下の点に留意すること。 ① 添付を要する書類が添付されているかを確認する。 ② 申請書に記入漏れがないかを確認する(申請日を含む)。 ③ 「一時就労開始年月日」から「就労終了予定年月日」までの間が、各協定で定められている期間内であることを確認する。 ④ 「就労形態」欄が「上記以外・・・」に該当する場合は、その事由が「備考」欄又は裏面の「事由」欄にどのような状況でどのような不利益を被るかを具体的に記載されていることを確認する。 ⑤ 厚生年金保険・健康保険の非適用事業所などで就労する被用者が協定相手国へ一時派遣される場合には、派遣元の事業主が「日本の事業主記入欄」を記入していることを確認する。	電子申請による場合は、申請内容を印字し内容点検すること 相手国内で現地採用されること によらないことを確認すること 相手国実施機関等へ日本の制度の継続を認めさせるための協議に際して重要となる。

手順書

■業務処理名

国民健康保険・国民年金

適用証明書交付申請書

◆見出し

◆手順

◆Point

◆見出し	◆手順	◆Point
3. 内容審査・ 国際事業Gへ の進達	<p>⑥ 申請書の裏面において記入項目がある場合、記入がなされていることを確認する。</p> <p>① 被保険者記録を確認のうえ申請書の記載内容(就労の形態、期間等)により、適用証明書の交付要件を満たすかを確認する。適用証明書の交付要件に該当しない場合は、申請者等へ返戻する。</p> <p>② 第1号被保険者の場合、「就労終了予定年月日」が60歳(任意加入者の場合は65歳)の到達日を超えないことを確認する。超える場合は、60歳(任意加入者の場合は65歳)到達日に訂正するよう指導する。</p> <p>③ 審査の際、申請書の記載事項以外で確認したものについて、その内容を「備考」欄に記入する。</p> <p>④ 申請書中の「※」欄に、該当する内容を記入する。</p> <p>⑤ 「社会保障協定適用証明書交付申請書等進達票」の作成を行い、当該申請書(原本)及び被保険者記録照会回答票等の日本の年金制度の加入履歴又は保険料納付記録がわかる書類を添付し、決裁のうえ、国際事業Gへ進達する。</p>	<p>資料1、資料2及び資料4を参照し、申請書の各項目及び項目間の相関を確認し、該当する協定のうち適用証明書の交付要件である「考え方」と照らし合わせる。</p> <p>国民年金の被保険者資格を喪失した期間については、適用証明書を交付することができない(合衆国協定第4条1を含む)。</p> <p>電子申請による場合は、印字した申請内容を進達すること</p>
4. 国際事業G での事務処理	<p>① 進達された申請書及び添付書類の内容により申請書の記入事項と協定条文の関係について審査し、必要に応じ、決裁のうえ相手国実施機関等へ協議する。</p> <p>② 相手国実施機関等から回答があった場合は、内容を確認のうえ「社会保障協定適用証明書交付申請書等回答票」を作成する(相手国実施機関等が合意した場合には併せて適用証明書を作成する)。相手国から合意を得られなかった場合は、その旨を記載した連絡文書を作成する。</p> <p>決裁の後、「社会保障協定適用証明書交付申請書等回答票」を年金事務所へ送付する。適用証明書を被保険者等へ送付する。また、適用証明書(写)を相手国実施機関等へ送付する。</p>	<p>審査により、相手国実施機関等と協議が必要となる場合は、「協議伺」を作成し、相手国実施機関等と協議を行う。</p>

手順書

■業務処理名

国民健康保険・国民年金

適用証明書交付申請書

◆見出し

◆手順

◆Point

◆見出し	◆手順	◆Point
5. 編綴・保管	国際事業Gから「社会保障協定適用証明書交付申請書等回答票」を受領した場合、その内容を確認のうえ、申請書単位で 1 まとめて編綴・保管する。	

区 分	国年適用調整			
業務処理名	国民健康保険・国民年金 適用証明期間継続・延長申請書 ※各協定により申請書様式が異なる。			
本部の所管部署	国際 G			
流れ図	- 手順	- 確認票	- 様式見本	○

* 流れ図については、適用証明書交付申請書と同様。

目的・概要 提出 添付書類 条文・通知・関連

目 的	適用証明書の交付を受けている被保険者が証明された期間を超えて協定相手国内での就労を継続する場合又は合衆国協定において日本国内における就労を継続する場合に、当該期間を含めた適用証明書の交付を受けるための申請書
概 要	<p>【要件】</p> <p>適用証明書の交付を受けている被保険者が、次のいずれかに該当する場合に提出する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 一時派遣延長規定に該当することとなる場合 ○ 一般修正規定に該当することとなる場合 ○ 合衆国協定の原則規定に該当する者が、日本国内における就労を継続する場合 <p>【結果】</p> <p>新たな期間が記載された適用証明書の交付を受ける。</p>

提 出	提 出 者	被保険者
	提 出 先	被保険者の住所地を管轄する年金事務所
	提 出 方 法	窓口持参／送付／電子申請(ドイツ協定・イギリス協定のみ)
	提 出 期 限	原則、すでに交付されている適用証明書の証明期間が終了する前

添 付 類	協 定	書 類 名	使 用 目 的	
	全協定	■	すでに交付されている適用証明書の写し	申請の経緯及び妥当性を事務処理上確認するため
	フランス	■	事業主確認用紙	随伴する被扶養者の氏名及び生年月日並びに労災保険に特別加入していることを確認するため
条 文	【特例省令】第 3 条、第 4 条、第 12 条			
通 知	平成 20 年 1 月 10 日庁保険発第 0110001 号、社業発第 30 号			

手順書

■業務処理名

国民健康保険・国民年金

適用証明期間継続・延長申請書

◆見出し

◆手順

◆Point

◆見出し	◆手順	◆Point
<p>1. 申請書の受理・受付印の押印</p> <p>① 受付印の押印</p> <p>② 受付処理簿への記入</p>	<p>内容点検が終了したら、申請書に窓口用受付印を押印のうえ請求書等を受理する。</p> <p>進捗管理を行うための受付処理簿に、所定事項を記入する。</p>	
<p>2. 内容点検</p>	<p>窓口で点検を行う際には、以下の点に留意すること。</p> <p>① 添付を要する書類が添付されているかを確認する。</p> <p>② 申請書に記入漏れがないかを確認する(申請日を含む)。</p> <p>③ 「一時就労開始年月日」から「就労終了予定年月日」までの間が、各協定で認められている期間内であることを確認する。</p> <p>④ 第1号被保険者の場合、「就労終了予定年月日」が60歳(任意加入被保険者の場合は65歳)到達日を超えているかを確認する。超えている場合は、被保険者等に60歳(任意加入被保険者の場合は65歳)到達日までとなる旨を説明のうえ訂正依頼する。</p> <p>⑤ 「期間延長の理由」欄に、具体的な延長理由が記入されているか確認する。</p>	<p>電子申請による場合は、申請内容を印字し、内容点検すること</p> <p>国民年金の資格を喪失した期間については、適用証明書を交付することができない(合衆国協定第4条1該当者を含む)。</p> <p>予見不可能な業務上の理由など</p>

手順書

■業務処理名

国民健康保険・国民年金

適用証明期間継続・延長申請書

◆見出し

◆手順

◆Point

◆見出し	◆手順	◆Point
<p>3. 内容審査・国際事業Gへの進達</p>	<p>① 添付された適用証明書により、すでに交付されている適用証明書の期間を確認のうえ、当初の一時派遣年月日から当該申請書の就労終了予定年月日までの期間が各協定で定められている一定期間(資料1を参照のこと。)を超えるかどうかを確認する。当該一定期間を超える場合は、事業主へ事情等を確認のうえ返戻する。</p> <p>② 申請書中の「※」欄に、該当する内容を記入する。</p> <p>③ 「社会保障協定国民年金等適用証明書交付進達票」の作成を行い、申請書(原本)及び窓口装置から出力した被保険者記録照会回答票等の加入履歴がわかる書類を添付し、決裁のうえ、国際事業Gへ進達する。</p>	<p>電子申請による場合は、印字した申請内容を進達すること</p>
<p>4. 国際事業Gでの事務</p>	<p>① 進達された申請書及び添付書類の内容を審査し、決裁のうえ相手国実施機関等へ協議する。</p> <p>② 相手国実施機関等から回答があった場合は、内容を確認のうえ「社会保障協定適用証明書交付申請書等回答票」及び必要に応じて適用証明書を作成する。相手国から合意を得られなかった場合は、その旨を記載した連絡文書を作成する。</p> <p>③ 決裁の後、「社会保障協定適用証明書交付申請書等回答票」を年金事務所へ、適用証明書を被保険者等へ送付する。また、適用証明書(写)を相手国実施機関等へ送付する。</p>	<p>審査により、相手国実施機関等と協議が必要となる場合は、「協議伺」を作成し、相手国実施機関等と協議を行う。</p> <p>ドイツ及び連合王国を除く相手国実施機関等へ適用証明書(写)を送付する。</p>
<p>5. 編綴・保管</p>	<p>国際事業Gから、「社会保障協定適用証明書交付申請書等回答票」を受領した場合、その内容を確認のうえ、申請書単位で1まとめに編綴・保管する。</p>	

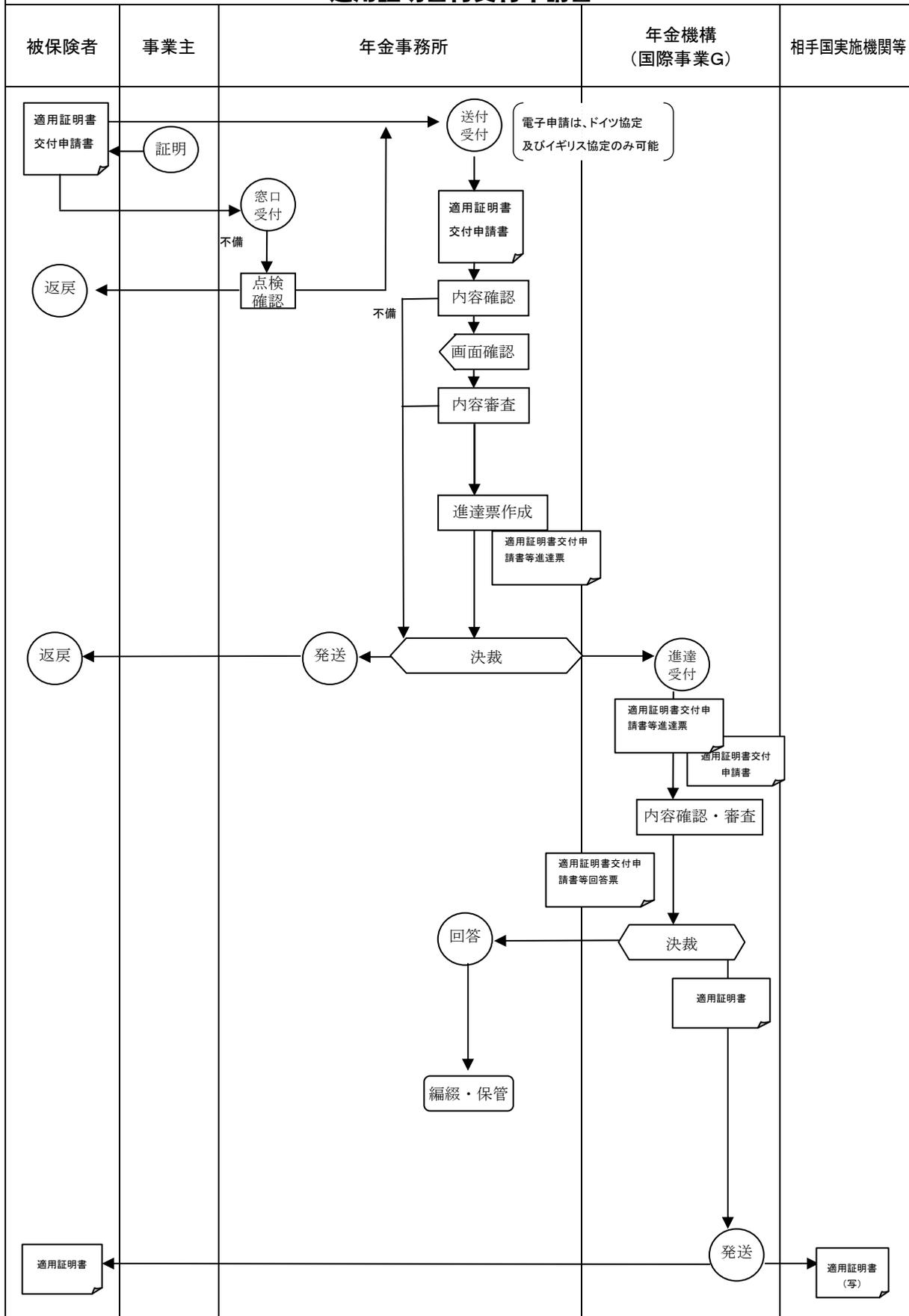
区 分	国年適用調整			
業務処理名	国民健康保険・国民年金 適用証明書再交付申請書 ※各協定により申請書様式が異なる。			
本部の所管部署	国際 G			
流れ 図	<input type="radio"/> 手順	<input type="radio"/> 確認票	—	<input type="radio"/> 様式見本

目的・概要 提出 添付書類 条文・通知・関連

目 的	適用証明書の交付を受けている被保険者が、毀損、滅失した場合のほか、適用証明書の記載内容に変更が生じた場合に改めて適用証明書を受けるための申請書
概 要	【要件】 ・滅失 ・毀損 ・氏名変更 ・相手国での事業所名称、所在地の変更 ・フランス協定においては、上記のほか、随伴する被扶養者に変更が生じた場合 【結果】 適用証明書が再交付される。

提 出	提 出 者	被保険者		
	提 出 先	被保険者の住所地を管轄する年金事務所		
	提 出 方 法	窓口持参／送付／電子申請(ドイツ協定・イギリス協定のみ)		
	提 出 期 限	氏名変更、毀損、滅失等の事由が発生後直ちに		
添 付 書 類	協 定	書 類 名	使 用 目 的	
	全協定	■ すでに交付されている適用証明書の写し(滅失の場合は除く)	申請の経緯及び妥当性を事務処理上確認するため	
	フランス	■ 事業主確認用紙	随伴する被扶養者の氏名及び生年月日並びに労災保険に特別加入していることを確認するため	
条 文	【特例省令】第9条、第11条、第12条			
通 知	平成20年1月10日庁保発第0110001号、社業発第30号			

適用証明書再交付申請書



手順書

■業務処理名

国民健康保険・国民年金

適用証明書再交付申請書

◆見出し	◆手順	◆Point
<p>1. 申請書の受理・受付印の押印</p> <p>① 受付印の押印</p> <p>② 受付処理簿への記入</p>	<p>内容点検が終了したら、申請書に窓口用受付印を押印のうえ請求書等を受理する。</p> <p>進捗管理を行うための受付処理簿に、所定事項を記入する。</p>	
<p>2. 内容点検</p>	<p>窓口で点検を行う際には、以下の点に留意すること。</p> <p>① 添付を要する書類が添付されているかを確認する。</p> <p>② 申請書に記入漏れがないかを確認する(提出日を含む)。</p> <p>③ 添付された適用証明書と申請内容が相違ないかを確認する。 就労先の事業所名称又は所在地の変更による申請の場合には、その旨が記載されていることを確認する。</p> <p>④ 就労者の生年月日が訂正されることに伴い、就労終了予定年月日が60歳(任意加入被保険者の場合は65歳)到達日を超える場合は、被保険者等に60歳(任意加入被保険者の場合は65歳)到達日までとなる旨を説明のうえ訂正依頼する。</p>	<p>電子申請による場合は、申請内容を印字し、内容点検すること</p> <p>就労先の名称又は所在地の変更の場合、「日本の事業主記入欄」に記入・押印されていることを確認すること。</p>

手順書

■業務処理名

国民健康保険・国民年金

適用証明書再交付申請書

◆見出し

◆手順

◆Point

◆見出し	◆手順	◆Point
3. 内容審査・ 国際事業Gへ の進達	<p>① 添付された適用証明書と申請内容が相違ないかを確認する。 ・氏名が変更されている場合は、被保険者記録が氏名変更されているかを確認のうえ処理を行う。</p> <p>② 窓口装置により、被保険者であることを確認する。その際、確認した画面の写しをとる。</p> <p>③ 「社会保障協定適用証明書交付申請書等進達票」の作成を行い、適用証明書再交付申請書(原本)及び②の写しを添付し、決裁のうえ、国際事業Gへ進達する。</p>	<p>被保険者記録の氏名変更は「氏名変更届」の提出を受け行うこと。</p> <p>電子申請による場合は、印字した申請内容を進達すること</p>
4. 国際事業G での事務処理	<p>① 内容を確認のうえ「社会保障協定適用証明書交付申請書等回答票」及び適用証明書を作成する。</p> <p>② 決裁の後、「社会保障協定適用証明書交付申請書等回答票」を年金事務所へ、適用証明書を被保険者等へ送付する。 また、適用証明書(写)を相手国実施機関等へ送付する。</p>	<p>ドイツ及び連合王国を除く相手国実施機関等へ適用証明書(写)を送付する。</p>
5. 編綴・保管	<p>国際事業Gから「社会保障協定適用証明書交付申請書等回答票」を受領した場合、その内容を確認のうえ、処理経緯がわかるように編綴・保管する。</p>	

資料1 各協定の規定の考え方及び適用証明書交付前の国際事業Gへの進達要否

<合衆国協定>

	条文	考え方及び適用調整期間	国際事業Gへの進達要否
原則規定	第4条1	①一時派遣規定、一時派遣延長規定、一般修正規定又は船員・国際線乗務員規定に該当しない②合衆国の国籍又は永住権を持つ者が、③日本の領域内で就労する場合は、日本の法令を適用する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 厚生年金保険の被保険者の場合は、不要 ・ 国民年金被保険者の場合は必要
一時派遣規定	第4条2	①「通常雇用」されている被保険者が、②派遣により事業所のために役務を提供する場合は、③派遣期間が5年を超えないと見込まれることを条件として、派遣元国の領域内での就労とみなしその国の法令を適用する ^{(注1)(注2)(注3)} 。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 厚生年金保険の被保険者の場合は、不要 ・ 国民年金被保険者の場合は必要
	第4条4	①通常、就労元国で就労する自営業者が、②一時的に就労先国で自営活動をする場合は、③自営活動の期間が5年を超えないと見込まれることを条件として、派遣元国の領域内での就労とみなしその国の法令を適用する ^{(注1)(注2)(注4)} 。	
一時派遣延長規定	第4条2 第2文 第4条4 第2文	<p>一時派遣開始後、予見できない事情や企業・被用者等へ重大な困難を及ぼす事情などにより当該派遣見込み期間が延長されるような場合は、一時派遣規定の適用が派遣開始日から最大9年が経過した日の前日まで延長される。なお、延長は、個別の事例ごとに厳密な審査をして決定する。</p> <p>(1)5年の期限を超えて3年までの延長</p> <p>派遣先国での就労延長の理由が、予見不可能であり、かつ、単に派遣先国の適用免除を延長する目的でないことが明らかな場合</p> <p>a) あるプロジェクトに関わっていたところ、終了が予期せず遅延した場合</p> <p>b) 就学年齢の子がおり、就学年の終了まで派遣先国にとどまりたいという場合</p> <p>(2)5年の期限を超えて3年超4年までの延長</p> <p>予見不可能なことに加え、就労期間の延長が、企業若しくは被用者若しくはその家族の重大な困難を避けるために必要な場合</p> <p>a) 予定していた後任が、予期せず辞職し又は障害に陥る若しくは亡くなり、新たな後任が指名され、訓練されるまで時間を要する場合</p> <p>b) 企業が、他の企業に買収若しくは再編され、その移行のために派遣されている者が不可欠な場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 厚生年金保険の被保険者の場合は、延長申請の際、当初の派遣開始日から延長申請時の派遣終了予定日までが5年を超えることとなる場合には必要 ・ 国民年金被保険者の場合は、必要
一般修正規定	第4条8	原則規定又は一時派遣規定に基づき適用調整を行うとかえって本人の不利益になる場合もしくは一時派遣延長規定に基づく場合に、当局間ないしは実施機関の協議により個別的に例外的な取扱いをする。「通常雇用」又は「通常、就労元国で就労する自営業者」の取扱いに該当しないが、派遣終了後に日本の制度に加入することが見込まれる場合についても協議を行うことはできる。	必要

	条文	考え方及び適用調整期間	国際事業Gへの進達要否
船員・国際線乗務員	第4条5	①日本国の旗を掲げる海上航行船舶又は②合衆国の船舶の乗組員としての雇用について③両締約国の法令が適用されることとなる者については、当該雇用に関し、その者が通常居住 ^(注4) する領域の属する締約国の法令を適用する。	必要
	第4条6	①航空機上の乗組員として就労している被保険者が、②その雇用について③両締約国の法令が適用されることとなる者については、当該雇用に関し、航空会社の本社がある国の法令のみ適用する。	不要

(注1) 派遣先の事業所形態(駐在員事務所、支店、現地法人)による取扱上の違いはない。

(注2) アメリカ合衆国から一時派遣される者については、随伴する配偶者又は子すべてに対してアメリカ合衆国の民間保険に加入されている場合のみ、日本の医療保険制度の適用は免除される。

(注3) アメリカ合衆国において就労する者については、派遣直前に日本国内において「通常雇用」され、かつ、就労していることが必要である。「通常雇用」の取扱いについては、「資料4 「通常雇用」の取扱い」を参照。

(注4) アメリカ合衆国において就労する自営業者については、当該就労直前の6ヶ月間、日本国内に自営活動を行い、かつ、日本の年金制度に加入していることが必要である。

(注5) 通常居住地は、実務上、日本において住民登録又は外国人登録されている場所(住所)とする。ただし、これらとは別の場所に生活の本拠があるとの強力な反証が出された場合には、当該別の場所を通常居住地として取り扱う。

資料1 各協定の規定の考え方及び適用証明書交付前の国際事業Gへの進達要否

<ベルギー協定>

	条文	考え方及び適用調整期間	国際事業Gへの進達要否
一時派遣規定	第8条1	①雇用されている被保険者が、②派遣により事業所のために役務を提供する場合は、③派遣期間が5年を超えないと見込まれることを条件として、派遣元国の領域内での就労とみなしその国の法令を適用する ^(注1) 。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 厚生年金保険の被保険者の場合は、不要 ・ 国民年金被保険者の場合は必要
	第8条4	就労元国の自営業者が一時的に就労先国で自営活動をする場合は、自営活動の期間が5年を超えないと見込まれることを条件として、派遣元国の領域内での就労とみなしその国の法令を適用する ^(注1) 。	
一時派遣延長規定	第8条2 第8条5	一時派遣開始後、予見できない事情や企業・被用者等へ重大な困難を及ぼす事情などにより当該派遣が延長となった場合は、一時派遣規定の適用が派遣開始日から最大7年が経過した日の前日まで延長される。なお、延長は、個別の事例ごとに厳密な審査をして決定する。	延長申請の際、当初の派遣開始日から延長申請時の派遣終了予定日までが5年を超えることとなる場合には必要
一般修正規定	第11条	原則規定又は一時派遣規定に基づき適用調整を行うとかえって本人の不利益になる場合にのみ、当局間ないしは実施機関の協議により個別的に例外的な取扱いをする。具体的にはあるプロジェクトに関わっていたところ、終了が予期せず遅延した場合が想定される。	必要
船員・国際線乗務員	第9条	①いずれか一方の締約国の旗を掲げる海上航行船舶において②被用者として就労する者については、その就労に関し、その者の雇用者の所在する締約国の法令のみを適用する。	不要
		①国際線航空機上の乗組員として就労している被保険者が、②その雇用について③両締約国の法令が適用されることとなる者については、当該雇用に関し、雇用者の所在する国の法令のみ適用する。	

(注1) 派遣先の事業所形態(駐在員事務所、支店、現地法人)による取扱上の違いはない。

資料1 各協定の規定の考え方及び適用証明書交付前の国際事業Gへの進達要否

<フランス協定^(注1)>

	条文	考え方及び適用調整期間	国際事業Gへの進達要否
一時派遣規定	第6条1	①雇用されている被保険者が②派遣により当該事業主のために役務を提供する場合は、③フランス国内への前回派遣終了日から1年以上経過しており、④派遣期間が5年を超えないと見込まれることを条件として、派遣元国の領域内での就労とみなしその国の法令を適用する ^(注2) 。	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生年金保険の被保険者の場合は、不要 ・国民年金被保険者の場合は、必要
	第6条3	就労地国の法令の適用免除の恩恵を継続して受け続けることを排除するという考え方から2回目以降の派遣の場合は、前の派遣終了日から1年以上経過していない場合は、協定第6条1の適用とはならない。ただし、前回の派遣元事業所を一度退職し、別の事業所から再度フランスへ派遣される場合においては、連絡機関間の協議により個別に認められる場合がある(この場合、協定第9条該当となる)。	
一時派遣延長規定	なし	一般修正規定による取扱いとなる。	-
一般修正規定	第9条	予見できない事情などにより当該派遣が延長となった場合であっても原則として延長は認められない。ただし、事情によっては1年を限度として延長できる場合がある。自営業者が一時的に相手国領域内にて就労する場合には、連絡機関間の協議により個別に判断される。	必要
船員規定	第7条	①被保険者が②一方の国の旗を掲げる海上航行船舶において③被用者又は自営業者として就労する場合には、その者は当該一方の法令が適用される。ただし、他方の締約国の事業主から報酬を受けており、当該他方の国内に居住している場合は、当該他方の締約国の法令が適用される。	

(注1) フランス協定において適用証明書を交付する場合には、申請時に添付されていた「事業主確認用紙」を適用証明書に合綴のうえ交付する。

(注2) 派遣先の事業所形態(駐在員事務所、支店、現地法人)による取扱上の違いはない。

平成 年 月 日

日本年金機構本部事業企画部
国際事業グループ長 殿

〇〇事務センター長
〇〇年金事務所長

社会保障協定 適用証明書交付申請書等進達票

進達番号	基礎年金番号				申請者氏名	生年月日
						昭和・平成 年 月 日
協定名 協定	制度区分 1. 国民年金 2. 厚生年金保険		進達事由 1.交付申請 2.延長申請 3.再交付 4.その他		年金事務所受付年月日 平成 年 月 日	
備考						

進達番号	基礎年金番号				申請者氏名	生年月日
						昭和・平成 年 月 日
協定名 協定	制度区分 1. 国民年金 2. 厚生年金保険		進達事由 1.交付申請 2.延長申請 3.再交付 4.その他		年金事務所受付年月日 平成 年 月 日	
備考						

進達番号	基礎年金番号				申請者氏名	生年月日
						昭和・平成 年 月 日
協定名 協定	制度区分 1. 国民年金 2. 厚生年金保険		進達事由 1.交付申請 2.延長申請 3.再交付 4.その他		年金事務所受付年月日 平成 年 月 日	
備考						

進達番号	基礎年金番号				申請者氏名	生年月日
						昭和・平成 年 月 日
協定名 協定	制度区分 1. 国民年金 2. 厚生年金保険		進達事由 1.交付申請 2.延長申請 3.再交付 4.その他		年金事務所受付年月日 平成 年 月 日	
備考						

進達番号	基礎年金番号				申請者氏名	生年月日
						昭和・平成 年 月 日
協定名 協定	制度区分 1. 国民年金 2. 厚生年金保険		進達事由 1.交付申請 2.延長申請 3.再交付 4.その他		年金事務所受付年月日 平成 年 月 日	
備考						

平成 年 月 日

〇〇事務センター長 殿

〇〇年金事務所長 殿

日本年金機構本部 事業企画部長

社会保障協定 適用証明書交付申請書等回答票

以下の通り、審査・協議の結果を回答します。

進達番号	制度区分	基礎年金番号		※ 被用者
	国民年金・厚生年金保険			※ 自営業者
申請者氏名		生年月日 昭和・平成 年 月 日		
協定	進達事由 1.交付申請 2.延長申請 3.再交付			
申請期間 年 月 日 から 年 月 日 まで				
年金事務所の受付年月日		平成 年 月 日		
審査・協議結果				
該当条文				
同意／合意した 期間 年 月 日 から 年 月 日 まで				
備考				

※は、該当する個所にレ点で示しています。

申請にあたっての留意点

この申請書は、厚生年金保険の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、年金事務所に適用証明書の再交付を申請するためのものです。

- a. すでに交付された適用証明書を滅失した場合
- b. すでに交付された適用証明書をき損した場合
- c. すでに交付された適用証明書の記載内容に変更が生じた場合

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。

「④ 一時就労開始年月日」:

適用証明書交付申請書の申請時に記入した「一時就労開始年月日」(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。

「⑤ 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。

「⑥ 申請するに至った事由」:

該当する番号のボックスをチェック(☑)してください。「3. 適用証明書の記載事項変更」の場合は、変更する事項の欄に変更前の内容を黒字で記入のうえ、赤字で変更後の内容を記入してください。

なお、氏名を変更した場合には、氏名変更届を提出のうえ、この申請をしてください。日本国における被保険者住所を変更した場合は、住所変更届を提出のうえ、この申請をしてください。

「事業所の所在及び名称」:

事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

添付書類

滅失による場合のほか、この申請書にすでに交付されている適用証明書を添えて提出してください。

フォームを印刷

所	長	副	長	担当者

日独社会保障協定 国民年金 適用証明書交付申請書

基礎年金番号		被保険者氏名	
		(フリガナ)	(ローマ字)
		(印)	
生年月日	性別	日本国における被保険者住所	国籍
<input type="checkbox"/> 5. 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 7. 平成	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	(フリガナ) 〒	<input type="checkbox"/> 1. 日本 <input type="checkbox"/> 2. その他
就 労 の 形 態			
<input type="checkbox"/> 01. 日本国内で自営業者であり、ドイツ国内でその自営活動を行い恒常的な活動基盤が日本にのみある(協定第7条該当) <input type="checkbox"/> 02. 日本国内で自営業者であり、ドイツ国内でその自営活動を行い活動基盤が両国にある(協定第10条該当) <input type="checkbox"/> 01. 駐在員事務所または派遣元企業の支店で就労し、日本の事業所にのみ雇用される(協定第7条該当) <input type="checkbox"/> 02. 駐在員事務所または派遣元企業の支店で就労し、日独両国の事業所に雇用される(協定第10条該当) <input type="checkbox"/> 01. 現地法人で就労し、日本の事業所にのみ雇用される(協定第7条該当) <input type="checkbox"/> 02. 出資比率が20%以上の関係にある現地法人で就労し、日独両国の事業所に雇用される(協定第10条該当) <input type="checkbox"/> 03. ドイツ国内で学術・研究活動を行う機関で採用され就労する <small>*「備考」欄にその機関での具体的活動内容を記入してください(協定第10条該当)</small> <input type="checkbox"/> 03. 出資比率が20%未満の関係にある現地法人で就労し、日独両国の事業所に雇用される(協定第10条該当) <small>*「備考」欄に出資比率および事業所間の関連性を記入してください</small> <input type="checkbox"/> 03. 上記以外でドイツ国内で就労するが、ドイツの年金制度にのみ適用されることにより不利益を被る(協定第10条該当) <small>*「備考」欄にどのような不利益を被るかを具体的に記入してください。</small>			
一時就労開始年月日	就労終了予定年月日	就労期間(暦月)	ドイツにおける保険番号
(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 60暦月以内 <input type="checkbox"/> 60暦月を超える	
ド イ ツ に お け る 就 労 先 (事 業 所) の 名 称			
(カナ)			
(英数字)			
ド イ ツ に お け る 就 労 先 (事 業 所) の 所 在 地			
(カナ)			
(英数字)			
ドイツにおける連絡先住所および電話番号		備 考	
(英数字)			
(TEL)			

裏面を理解したうえで、上記のとおり申請します。

日本の事業主記入欄 (被用者の場合のみ記入)	
上記内容は事実に相違ないことを証明します。	
(所在地) 〒	
(名称)	
(事業主氏名)	(印)
(電話) () - () - ()	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

(印)

平成 年 月 日 提出

申請にあたっての留意点

この申請書は、国民年金の被保険者が、ドイツ国内で就労する場合に、年金事務所に適用証明書の交付を申請するためのものです。

a. 就労期間の考え方

当該協定においては、就労期間を「暦月」で考えます。就労期間が就労開始日から60暦月を超える適用証明書の申請の場合はドイツ年金制度の適用免除についてドイツの担当機関との協議が必要となります。

〈例〉「2007年4月15日から2012年3月31日まで」の場合は80暦月→ドイツの担当機関との協議が必要
「2007年4月15日から2012年4月14日まで」の場合は61暦月→ドイツの担当機関との協議が必要

b. 就労の形態の考え方

被保険者が被用者の場合には、受け取る報酬の全額を日本の事業所で税処理(損金算入)している場合は「日本の事業所のみで雇用」、それ以外の場合は「両国の事業所で雇用」となります。

また、ドイツにおける就労が、日本での事業主の命によるものでない、または、自営業でない場合は、この申請を行うことができません(学術・研究機関への現地採用の場合を除く)。

c. 就労後の申請について

上記bの「両国の事業所での雇用」に該当する被保険者について、就労開始日から6暦月を経過した後に申請が行われた場合は、ドイツ年金制度の適用免除についてドイツの担当機関との協議が必要となります。「備考」欄にその理由を記入してください。

- ＊ ここでいう「適用証明書」とは、申請された就労に関して、社会保障協定に基づき日本の社会保障制度のみ加入する(ドイツの年金制度の加入が免除される)根拠となる証明書です。

申請書の記入方法

「被保険者氏名」:

申請する被保険者の氏名を「漢字」、「カタカナ」およびローマ字で記入してください。
被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

「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。

「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。日本における住所がない場合は、日本での最終の住所を記入してください。

「就労の形態」:

該当する番号のボックスをチェック(☑)してください。「03」に該当する場合は、「備考」欄に次の内容を必ず記入してください。

○「03.出資比率が20%未満の関係にある現地法人で就労し、日独両国の事業所に雇用される」に該当する場合は、日独両国の事業所の出資比率及び事業所間の関連性を記入してください。

○「03.上記以外で…」に該当する場合は、ドイツの制度にのみ加入することによりどのような不利益を被るかを具体的に記入してください。

「03」に該当する場合には、ドイツの担当機関との協議が必要となります。この協議は、「備考」欄に記入している内容により個別に行われます。なお、適用証明書を交付できるかどうかはドイツの担当機関との協議結果によります。

「ドイツにおける保険番号」:

ドイツの年金制度に加入していたことがある場合または加入している場合に記入してください。加入機関名がわかる場合、ドイツ年金制度から給付を受けたことがある場合はその旨を「備考」欄にご記入ください。

「一時就労開始年月日」および「就労終了予定年月日」:

ドイツ国内において就労を開始する年月日および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。

「日本の事業主記入欄」:

自営業者の方は記入は不要です。日本の事業所の被用者の方のみ、日本の事業主より申請内容について証明を受けてください。なお、事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日独社会保障協定 国民年金 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。

基礎年金番号		被保険者氏名	
		(フリガナ)	(ローマ字)
		(印)	
生年月日	性別	日本国における被保険者住所	
年 月 日	□ 1. 男 □ 2. 女	(フリガナ)	
□ 5. 昭和 □ 7. 平成			
一時就労開始年月日	就労終了予定年月日 (継続・延長後)	就労期間(暦月)	ドイツにおける保険番号
(西暦)年 月 日	(西暦)年 月 日	□ 60暦月以内 □ 60暦月を超える	
ドイツにおける就労先(事業所)の名称			
(カナ)			
(英数字)			
ドイツにおける就労先(事業所)の所在地			
(カナ)			
(英数字)			
出資比率		※受付年月日	
□ 1. 20%以上 □ 2. 20%未満 (事業所間の関連を「備考」欄に記入)			
期間延長の理由 (具体的に記入してください。)			
ドイツにおける連絡先住所および電話番号		備 考	
(英数字)			
(TEL)			

裏面を理解したうえで、上記のとおり申請します。

日本の事業主記入欄 (被用者の場合のみ記入)	
上記内容は事実と相違ないことを証明します。	
(所在地) 〒	
(名称)	
(事業主氏名)	(印)
(電話) () - () - ()	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
(印)

平成 年 月 日 提出

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国民年金の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、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. 自営業者が就労開始年月日から5年を超えない期間まで、ドイツ国内での自営活動を継続すると見込まれる場合
- b. 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、ドイツ国内で就労を継続すると見込まれる場合
- c. 何らかの事情で、自営業者が就労開始年月日から5年を超えてドイツ国内での自営活動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
- d. 何らかの事情で、派遣開始年月日から5年を超えて、ドイツ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、cおよびdに該当する場合は、日本年金機構があらかじめドイツの担当機関との個別協議により合意を得る必要があります。また、ドイツ国内の現地法人で就労し、日独両国の事業所に雇用されている方については、この申請が派遣延長開始年月日から6ヶ月を経過した後には申請が行われた場合は、ドイツ年金制度の適用免除についてドイツの担当機関との協議が必要となります。

申請書の記入方法

「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」で記入してください。

被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

「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。

「日本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。日本における住所がない場合は、日本での最終の住所を記入してください。

「一時就労開始年月日」:

適用証明書交付申請書の申請時に記入した「一時就労開始年月日」(すでに交付されている適用証明書の「期間」欄の初日)を西暦で記入ください。

「就労終了予定年月日」:

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。(就労年月日から96暦月目の月の末日までが対象となります。)

「ドイツにおける保険番号」:

就労することとなる相手国において、年金に加入していたことがある場合に記入してください。

加入機関名がわかる場合、ドイツの年金制度から給付を受けたことがある場合はその旨を「備考」欄に記入してください。

「出資比率」:

ドイツ国内の現地法人で就労し、日独両国の事業所に雇用されている方は、その出資比率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。

「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。記入された内容をもとにドイツの担当機関と協議を行います。

「日本の事業主記入欄」:

自営業者の方は記入は不要です。日本の事業所の被用者の方のみ、日本の事業主より申請内容について証明を受けてください。なお、事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

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。

フォームを印刷

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日独社会保障協定 国民年金 適用証明書再交付申請書

◎ 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。

基礎年金番号	生年月日	一時就労開始年月日	協定相手国
	<input type="checkbox"/> 5. 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 7. 平成 年 月 日	(西暦) 年 月 日	(ドイツ) 001
被 保 険 者 氏 名			性 別
(フリガナ)	(ローマ字)		<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女
日本国における被保険者住所			
(フリガナ)			
〒			
ドイツにおける就労先(事業所)の名称			
(カナ)			
(英数字)			
ドイツにおける就労先(事業所)の所在地			
(カナ)			
(英数字)			
申請するに至った事由	備 考		
<input type="checkbox"/> 1. 滅失 <input type="checkbox"/> 2. き損(き損した適用証明書を添付してください) <input type="checkbox"/> 3. 適用証明書の記載事項変更 <small>(変更する事項の欄に黒字で変更前の内容を記入のうえ、変更後の内容を赤字で追記してください)</small>			
ドイツにおける連絡先住所および電話番号			
(英数字)			
(TEL)			

上記のとおり申請します。

日本の事業所名称および所在地(被用者の場合のみ記入)	
上記内容は、事実と相違ないことを証明します。	
(所在地) 〒	
(名称)	
(事業主氏名)	(印)
(電話) () - () - ()	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
(印)

平成 年 月 日 提出

フォームを印刷

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日英社会保障協定 国民年金 適用証明書交付申請書

基礎年金番号		被 保 険 者 氏 名	
		(フリガナ)	(ローマ字)
		(印)	
生 年 月 日	性 別	日 本 国 に お け る 被 保 険 者 住 所	
<input type="checkbox"/> 5. 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 7. 平成	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	(フリガナ)	
		〒	
就 労 の 形 態			
<input type="checkbox"/> 15. 日本国内で自営業者であり、連合王国内で一時的(5年以内の見込)に自営活動を行う(協定第5条2該当) <input type="checkbox"/> 11. 両国において同一の期間に自営業者として就労し、通常居住地が日本国内にある(協定第4条3該当) <input type="checkbox"/> 10. 両国において同一の期間に被用者として就労し、通常居住地が日本国内にある(協定第4条2該当) <input type="checkbox"/> 13. 両国において同一の期間に日本国内で自営業者として、連合王国内で被用者として就労し、通常居住地が日本国内にある(協定第4条4該当) <input type="checkbox"/> 12. 両国において同一の期間に日本国内で被用者として、連合王国内で自営業者として就労し、通常居住地が日本国内にある(協定第4条4該当) <input type="checkbox"/> 14. 日本の事業所から連合王国内の事業所へ一時的(5年以内の見込)に派遣される(協定第5条1該当) <input type="checkbox"/> 17. 上記以外で、自営業者として連合王国で就労するが、連合王国の年金制度にのみ適用されることにより不利益を被る(協定第8条1該当) *「備考」欄にどのような不利益を被るかを具体的に記入してください。 <input type="checkbox"/> 18. 上記以外で、被用者として連合王国で就労するが、連合王国の年金制度にのみ適用されることにより不利益を被る(協定第8条1該当) *「備考」欄にどのような不利益を被るかを具体的に記入してください。			
一時就労開始年月日	就労終了予定年月日	左の期間中の国民年金の加入状況	
(西暦)年 月 日	(西暦)年 月 日	<input type="checkbox"/> 1. 日本国内に住所があり、強制加入 <input type="checkbox"/> 2. 任意加入(申出済)	
連 合 王 国 に お け る 就 労 先 (事 業 所) の 名 称			
(カナ)			
連 合 王 国 に お け る 就 労 先 (事 業 所) の 所 在 地			
(カナ)			
連合王国における連絡先住所および電話番号		備 考	
(TEL)			

裏面を理解したうえで、上記のとおり申請します。

日本の事業主記入欄(被用者の場合のみ記入)	
上記内容は事実と相違ないことを証明します。	
(所在地) 〒	
(名称)	
(事業主氏名)	(印)
(電話) () - () - ()	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
(印)

平成 年 月 日 提出

申請にあたっての留意点

この申請書は、国民年金の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、年金事務所に適用証明書の交付を申請するためのものです。

- a. 日本国内で自営業者であり、連合王国内で一時的(5年以内の見込)に自営活動を行う場合
- b. 事業主の命により、5年を超えないと見込まれる期間、連合王国内で就労する場合
- c. 同一期間中に日本および連合王国両国で就労するが、日本において通常居住する場合
- d. 上記のほか、事業主の命または自営活動のために連合王国内で就労するが、連合王国の年金制度のみに加入することにより不利益を被る場合

また、連合王国における就労が、①事業主の命によるものでない、または、②日本で行っている自営活動ではない場合は、この申請を行うことができません。

- * 「通常居住が日本国内にある」とは、日本国内に住民登録または外国人登録されており、その住所が生活の本拠であることをいいます。
- * ここでいう「適用証明書」とは、申請された就労に関して、社会保障協定に基づき日本の年金制度のみに加入する(連合王国の年金制度の加入が免除される)根拠となる証明書です。

申請書の記入方法

「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」で記入してください。
被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

「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。

「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。日本における住所がない場合は、日本での最終の住所を記入してください。

「就労の形態」:

該当する番号のボックスをチェック(☑)してください。「17」または「18」に該当する場合は、「備考」欄に具体的状況および連合王国の年金制度のみに加入することとなることによってどのような不利益を被るかを必ず記入してください。

この場合には、連合王国の担当機関との協議が必要となる場合があります。この協議は、「備考」欄に記入している内容により個別に行われます。なお、適用証明書を交付できるかどうかは連合王国の担当機関との協議結果によります。

「一時就労開始年月日」および「就労終了予定年月日」:

連合王国内において就労を開始する年月日および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。

同一期間に両国で就労し、通常居住が連合王国内から日本国内に移ることとなる場合は、「一時就労開始年月日」欄に通常居住が日本国内となった年月日を西暦で記入してください。

「日本の事業主記入欄」:

自営業者の方は記入は不要です。日本の事業所の被用者の方のみ、日本の事業主より申請内容について証明を受けてください。
なお、事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

フォームを印刷

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日英社会保障協定 国民年金 適用証明期間継続・延長申請書

◎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。

基礎年金番号		被保険者氏名	
		(フリガナ)	(ローマ字)
		(印)	
生年月日	性別	日本国における被保険者住所	
<input type="checkbox"/> 5. 昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1. 男	(フリガナ)	
<input type="checkbox"/> 7. 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 2. 女	〒	
一時就労開始年月日	就労終了予定年月日(継続・延長後)		
(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日		
連合王国における就労先(事業所)の名称			
(カナ)			
連合王国における就労先(事業所)の所在地			
(カナ)			
期間延長の理由(具体的に記入してください)			
連合王国における連絡先住所および電話番号		備 考	
(TEL)			

裏面を理解したうえで、上記のとおり申請します。

日本の事業主記入欄(被用者の場合のみ記入)	
上記内容は事実と相違ないことを証明します。	
(所在地) 〒	
(名称)	
(事業主氏名)	(印)
(電話) () - () - ()	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

(印)

平成 年 月 日 提出

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国民年金の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、年金事務所
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. 自営業者が就労開始年月日から5年を超えない期間まで、連合王国内での自営活動を継続すると見込まれる場合
- b. 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、連合王国内で就労を継続すると見込まれる場合
- c. 何らかの事情で、自営業者が就労開始年月日から5年を超えて連合王国内での自営活動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
- d. 何らかの事情で、派遣開始年月日から5年を超えて、連合王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c.およびd.に該当する場合は、日本年金機構があらかじめ連合王国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る場合があります。

申請書の記入方法

「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」で記入してください。
被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

「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。

「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。日本における住所がない場合は、日本での最終の住所を記入してください。

「一時就労開始年月日」:

適用証明書交付申請書の申請時に記入した「一時就労開始年月日」(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。

「就労終了予定年月日」:

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。

「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。記入された内容をもとに連合王国の担当機関と協議を行います。

「日本の事業主記入欄」:

自営業者の方は記入は不要です。日本の事業所の被用者の方のみ、日本の事業主より申請内容について証明を受けてください。なお、事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

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。

フォームを印刷

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日英社会保障協定 国民年金 適用証明書再交付申請書

◎ 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。

基礎年金番号	生年月日	一時就労開始年月日	協定相手国
	<input type="checkbox"/> 5. 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 7. 平成 年 月 日	(西暦) 年 月 日	(連合王国) 002
被保険者氏名			性別
(フリガナ)	(ローマ字)		<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女
日本国における被保険者住所			
(フリガナ)			
〒			
連合王国における就労先(事業所)の名称			
(カナ)			
連合王国における就労先(事業所)の所在地			
(カナ)			
申請するに至った事由		備 考	
<input type="checkbox"/> 1. 滅失 <input type="checkbox"/> 2. き損(き損した適用証明書を添付してください) <input type="checkbox"/> 3. 適用証明書の記載事項変更 <small>(変更する事項の欄に黒字で変更前の内容を記入のうえ、変更後の内容を赤字で追記してください)</small>			
連合王国における連絡先住所および電話番号			
(TEL)			

上記のとおり申請します。

日本の事業所名称および所在地(被用者の場合のみ記入)	
上記内容は、事実と相違ないことを証明します。	
(所在地) 〒	
(名称)	
(事業主氏名)	(印)
(電話) () - () - ()	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

(印)

平成 年 月 日 提出

申請にあたっての留意点

この申請書は、国民年金の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に年金事務所に適用証明書の再交付を申請するためのものです。

- a.すでに交付された適用証明書を滅失した場合
- b.すでに交付された適用証明書をき損した場合
- c.すでに交付された適用証明書の記載内容に変更が生じた場合

申請書の記入方法

「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。

「一時就労開始年月日」:

適用証明書交付申請書の申請時に記入した「一時就労開始年月日」(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。

「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」で記入してください。

被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

「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。日本における住所がない場合は、日本での最終の住所を記入してください。

「申請するに至った事由」:

該当する番号のボックスをチェック(☑)してください。「3. 適用証明書の記載事項変更」の場合は、変更する事項の欄に変更前の内容を黒字で記入のうえ、赤字で変更後の内容を記入してください。

なお、氏名を変更した場合には、氏名変更届を提出のうえ、この申請をしてください。日本国における被保険者住所を変更した場合は、住所変更届を提出のうえ、この申請をしてください。

「日本の事業所名称および所在地」:

自営業者の方は記入は不要です。日本の事業所の被用者の方のみ、日本の事業所および所在地を記入してください。事業主を経由してこの申請書を提出する場合には、事業主が押印してください。なお、事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

添付書類

滅失による場合のほか、この申請書にすでに交付されている適用証明書を添えて提出してください。

フォームを印刷

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日韓社会保障協定 国民年金 適用証明書交付申請書

基礎年金番号		被保険者氏名	
		(カナ)	(ローマ字)
		(印)	
生年月日	性別	日本国における被保険者住所	
<input type="checkbox"/> 5. 昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1. 男	(カナ)	
<input type="checkbox"/> 7. 平成	<input type="checkbox"/> 2. 女	〒	
就 労 の 形 態			
<input type="checkbox"/> 25. 日本国内で自営業者であり、大韓国内で一時的(5年以内の見込)に自営活動を行う(協定第6条3該当) <input type="checkbox"/> 21. 両国において同一の期間に自営業者として就労し、通常居住地が日本国内にある(協定第5条3該当) <input type="checkbox"/> 20. 両国において同一の期間に被用者として就労し、通常居住地が日本国内にある(協定第5条2a該当) <input type="checkbox"/> 23. 両国において同一の期間に日本国内で自営業者として、大韓国内で被用者として就労し、通常居住地が日本国内にある(協定第5条2b該当) <input type="checkbox"/> 22. 両国において同一の期間に日本国内で被用者として、大韓国内で自営業者として就労し、通常居住地が日本国内にある(協定第5条2b該当) <input type="checkbox"/> 24. 日本の事業所から大韓国内の事業所へ一時的(5年以内の見込)に派遣される(協定第6条1該当) <input type="checkbox"/> 00. 海上航行船舶に船員として就労し、日韓両国の年金制度が適用されるが、通常居住地が日本国内にある(協定第7条該当) <input type="checkbox"/> 27. 上記以外で、自営業者として大韓民国で就労するが、大韓民国の年金制度にのみ適用されることにより不利益を被る(協定第9条該当) *「備考」欄にどのような不利益を被るかを具体的に記入してください。 <input type="checkbox"/> 28. 上記以外で、被用者として大韓民国で就労するが、大韓民国の年金制度にのみ適用されることにより不利益を被る(協定第9条該当) *「備考」欄にどのような不利益を被るかを具体的に記入してください。			
一時就労開始年月日 (西暦)年 月 日	就労終了予定年月日 (西暦)年 月 日	左の期間中の国民年金の加入状況	
		<input type="checkbox"/> 1. 日本国内に住所があり、強制加入 <input type="checkbox"/> 2. 任意加入(申出済)	
大 韓 民 国 に お け る 就 労 先 (事 業 所) の 名 称			
(カナ)			
(英数字)			
大 韓 民 国 に お け る 就 労 先 (事 業 所) の 所 在 地			
(カナ)			
(英数字)			
大韓民国における連絡先住所および電話番号		備 考	
(英数字)			
(TEL)			

裏面を理解したうえで、上記のとおり申請します。

日本の事業主記入欄(被用者の場合のみ記入)	
上記内容は事実と相違ないことを証明します。	
(所在地) 〒	
(名称)	
(事業主氏名)	(印)
(電話) () - () - ()	

平成 年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

(印)

申請にあたっての留意点

この申請書は、国民年金の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、年金事務所に適用証明書の交付を申請するためのものです。

- a. 日本国内で自営業者であり、大韓国内で一時的(5年以内の見込)に自営活動を行う場合
- b. 事業主の命により、5年を超えないと見込まれる期間、大韓国内で就労する場合
- c. 同一期間中に日本および大韓民国両国で就労するが、日本において通常居住する場合
- d. 船員として就労し、日韓両国の年金制度が適用される場合で通常居住が日本国内にある場合
- e. 上記のほか、事業主の命または自営活動のために大韓国内で就労するが、大韓民国の年金制度のみに加入することにより不利益を被る場合

また、大韓国内における就労が、①事業主の命によるものでない、または、②日本で行っている自営活動ではない場合は、この申請を行うことができません。

- * 「通常居住が日本国内にある」とは、日本国内に住民登録または外国人登録されており、その住所が生活の本拠であることをいいます。
- * ここでいう「適用証明書」とは、申請された就労に関して、社会保障協定に基づき日本の年金制度のみに加入する(大韓民国の年金制度の加入が免除される)根拠となる証明書です。

申請書の記入方法

「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」で記入してください。

被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

「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。

「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。日本における住所がない場合は、日本での最終の住所を記入してください。

「就労の形態」:

該当する番号のボックスをチェック(☑)してください。「27」または「28」に該当する場合は、「備考」欄に具体的状況および大韓民国の年金制度のみに加入することとなることによってどのような不利益を被るかを必ず記入してください。

この場合には、大韓民国の担当機関との協議が必要となる場合があります。この協議は、「備考」欄に記入している内容により個別に行われます。なお、適用証明書を交付できるかどうかは大韓民国の担当機関との協議結果によります。

「一時就労開始年月日」および「就労終了予定年月日」:

大韓国内において就労を開始する年月日および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。

同一期間に両国で就労し、通常居住が大韓国内から日本国内に移ることとなる場合は、「一時就労開始年月日」欄に通常居住が日本国内となった年月日を西暦で記入してください。

社会保障に関する日本国と大韓民国との間の協定の発効日(2005(平成17)年4月1日)においてすでに大韓国内で就労を開始している場合には、「一時就労開始年月日」を「2005年4月1日」として記入してください。発効日から派遣が開始されたものと取り扱われます。

「日本の事業主記入欄」:

自営業者の方は記入は不要です。日本の事業所の被用者の方のみ、日本の事業主より申請内容について証明を受けてください。なお、事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

フォームを印刷

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日韓社会保障協定 国民年金 適用証明期間継続・延長申請書

◎ 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。

基礎年金番号		被保険者氏名	
		(フリガナ)	(ローマ字)
		(印)	
生年月日	性別	日本国における被保険者住所	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	(フリガナ)	
<input type="checkbox"/> 5. 昭和 <input type="checkbox"/> 7. 平成		〒	
一時就労開始年月日	就労終了予定年月日 (継続・延長後)		
(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日		
大韓民国における就労先(事業所)の名称			
(カナ)			
(英数字)			
大韓民国における就労先(事業所)の所在地			
(カナ)			
(英数字)			
期間延長の理由 (具体的に記入してください)			
大韓民国における連絡先住所および電話番号		備 考	
(英数字)			
(TEL)			

裏面を理解したうえで、上記のとおり申請します。

日本の事業主記入欄 (被用者の場合のみ記入)	
上記内容は事実と相違ないことを証明します。	
(所在地) 〒	
(名称)	
(事業主氏名)	(印)
(電話) () - () - ()	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

(印)

平成 年 月 日 提出

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国民年金の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、年金事務所
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. 自営業者が就労開始年月日から5年を超えない期間まで、大韓国内での自営活動を継続すると見込まれる場合
- b. 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、大韓国内で就労を継続すると見込まれる場合
- c. 何らかの事情で、自営業者が就労開始年月日から5年を超えて大韓国内での自営活動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
- d. 何らかの事情で、派遣開始年月日から5年を超えて、大韓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c.およびd.に該当する場合は、日本年金機構があらかじめ大韓民国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る場合があります。

申請書の記入方法

「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」で記入してください。

被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

「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。

「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。日本における住所がない場合は、日本での最終の住所を記入してください。

「一時就労開始年月日」:

適用証明書交付申請書の申請時に記入した「一時就労開始年月日」(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。

「就労終了予定年月日」:

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。

「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。記入された内容をもとに大韓民国の担当機関と協議を行います。

「日本の事業主記入欄」:

自営業者の方は記入は不要です。日本の事業所の被用者の方のみ、日本の事業主より申請内容について証明を受けてください。なお、事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

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。

フォームを印刷

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日韓社会保障協定 国民年金 適用証明書再交付申請書

◎ 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。

基礎年金番号	生年月日	一時就労開始年月日	協定相手国
	<input type="checkbox"/> 5. 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 7. 平成 年 月 日	(西暦) 年 月 日	(大韓民国) 003
被 保 険 者 氏 名			性 別
(フリガナ)	(ローマ字)		<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女
日本国における被保険者住所			
(フリガナ)			
〒			
大韓民国における就労先(事業所)の名称			
(カナ)			
(英数字)			
大韓民国における就労先(事業所)の所在地			
(カナ)			
(英数字)			
申請するに至った事由		備 考	
<input type="checkbox"/> 1. 滅失 <input type="checkbox"/> 2. き損(き損した適用証明書を添付してください) <input type="checkbox"/> 3. 適用証明書の記載事項変更 <small>(変更する事項の欄に黒字で変更前の内容を記入のうえ、変更後の内容を赤字で追記してください)</small>			
大韓民国における連絡先住所および電話番号			
(英数字)			
(TEL)			

上記のとおり申請します。

日本の事業所名称および所在地(被用者の場合のみ記入)	
上記内容は、事実と相違ないことを証明します。	
(所在地) 〒	
(名称)	
(事業主氏名)	(印)
(電話) () - () - ()	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
(印)

平成 年 月 日 提出

申請にあたっての留意点

この申請書は、国民年金の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、年金事務所に適用証明書の再交付を申請するためのものです。

- a.すでに交付された適用証明書を滅失した場合
- b.すでに交付された適用証明書をき損した場合
- c.すでに交付された適用証明書の記載内容に変更が生じた場合

申請書の記入方法

「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。

「一時就労開始年月日」:

適用証明書交付申請書の申請時に記入した「一時就労開始年月日」(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。

「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」で記入してください。

被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

「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。日本における住所がない場合は、日本での最終の住所を記入してください。

「申請するに至った事由」:

該当する番号のボックスをチェック(☑)してください。「3. 適用証明書の記載事項変更」の場合は、変更する事項の欄に変更前の内容を黒字で記入のうえ、赤字で変更後の内容を記入してください。

なお、氏名を変更した場合には、氏名変更届を提出のうえ、この申請をしてください。日本国における被保険者住所を変更した場合は、住所変更届を提出のうえ、この申請をしてください。

「日本の事業所名称および所在地」:

自営業者の方は記入は不要です。日本の事業所の被用者の方のみ、日本の事業所および所在地を記入してください。事業主を経由してこの申請書を提出する場合には、事業主が押印してください。なお、事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

添付書類

滅失による場合のほか、この申請書にすでに交付されている適用証明書を添えて提出してください。

申請にあたっての留意点

この申請書は、厚生年金保険の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、年金事務所に適用証明書の再交付を申請するためのものです。

- a. すでに交付された適用証明書を滅失した場合
- b. すでに交付された適用証明書をき損した場合
- c. すでに交付された適用証明書の記載内容に変更が生じた場合

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。

「④就労開始年月日」:

適用証明書交付申請書の申請時に記入した「就労開始年月日」(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。

「⑤ 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。

「⑥ 申請するに至った事由」:

該当する番号のボックスをチェック(☑) してください。「3. 適用証明書の記載事項変更」の場合は、変更する事項の欄に変更前の内容を黒字で記入のうえ、赤字で変更後の内容を記入してください。

なお、氏名を変更した場合には、氏名変更届を提出のうえ、この申請をしてください。日本国における被保険者住所を変更した場合は、住所変更届を提出のうえ、この申請をしてください。

「事業所の所在地及び名称」:

事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

添付書類

滅失による場合のほか、この申請書にすでに交付されている適用証明書を添えて提出してください。

フォームを印刷

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日米社会保障協定 国民年金・国民健康保険 適用証明書交付申請書

基礎年金番号		被保険者氏名	
		(フリガナ)	(ローマ字)
		(印)	
生年月日	性別	日本国における被保険者住所	
<input type="checkbox"/> 5. 昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1. 男	(フリガナ)	
<input type="checkbox"/> 7. 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 2. 女	〒	
就 労 の 形 態			
<input type="checkbox"/> 30. 合衆国より適用証明書が交付されない合衆国国籍(永住権取得)者が日本国内で自営活動を行う(協定第4条1該当) <input type="checkbox"/> 30. 合衆国より適用証明書が交付されない合衆国国籍(永住権取得)者が日本国内の事業所で就労する(協定第4条1該当) <input type="checkbox"/> 34. 日本国内で自営業者であり、合衆国内で一時的(5年以内の見込)に自営活動を行う(協定第4条4該当) <input type="checkbox"/> (合衆国での就労直前6ヶ月間日本で自営活動を行い、かつ日本の年金制度に加入している被保険者であり、合衆国内で就労期間中も国民年金の第1号被保険者である) <input type="checkbox"/> 31. 日本の事業所から合衆国内の事業所へ一時的(5年以内の見込)に派遣される(協定第4条2該当) <input type="checkbox"/> (派遣直前6ヶ月間は日本の年金制度(海外在住の国民年金任意加入を除く)に加入している被保険者であり、派遣期間中も日本の事業所と雇用関係が継続する) <input type="checkbox"/> 33. 日本の事業所から合衆国内の事業所へ一時的(5年以内の見込)に派遣される <input type="checkbox"/> (派遣直前6ヶ月間は日本の年金制度に加入していないまたは海外在住の国民年金任意加入被保険者であるが、派遣期間中も日本の事業所と雇用関係が継続する。または合衆国内へ一時就労期間中は海外在住の国民年金任意加入被保険者である。)(協定第4条8該当) *「備考」欄に就労開始前・終了後の雇用・居住(予定)状況を具体的に記入してください。 <input type="checkbox"/> 33. 日本国内で自営業者であり、合衆国内で一時的(5年以内の見込)に自営活動を行う(協定第4条8該当) <input type="checkbox"/> (派遣直前6ヶ月間は日本の年金制度に加入していないまたは日本で自営活動を行っていないが、合衆国内で就労期間中も国民年金の第1号被保険者である。または合衆国内で一時就労期間中は海外在住の国民年金任意加入被保険者である。) <input type="checkbox"/> *「備考」欄に就労開始前・終了後の雇用・居住(予定)状況を具体的に記入してください。 <input type="checkbox"/> 62. 上記以外で合衆国内で就労するが、合衆国の制度にのみ適用されることにより不利益を被る(協定第4条8該当) <input type="checkbox"/> *「備考」欄にどのような不利益を被るかを具体的に記入してください。			
就労開始年月日	就労終了予定年月日	左の期間中の国民年金の加入状況	
(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1. 日本国内に住所があり、強制加入 <input type="checkbox"/> 2. 任意加入(申出済)	
合 衆 国 に お け る 就 労 先 (事 業 所) の 名 称			
(カナ)			
合 衆 国 に お け る 就 労 先 (事 業 所) の 所 在 地			
(カナ)			
合衆国における連絡先住所および電話番号		備 考	
(TEL)			

裏面を理解したうえで、上記のとおり申請します。

日本の事業主記入欄	
上記内容は事実と相違ないことを証明します。	
(所在地) 〒	
(名称)	
(事業主氏名)	(印)
(電話) () - () - ()	

平成 年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
(印)

申請にあたっての留意点

この申請書は、国民年金の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、年金事務所に適用証明書の交付を申請するためのものです。

- a. アメリカ合衆国国籍(永住権取得)者が、日本国内の事業所で就労又は自営活動を行い、合衆国から適用証明書の交付を受けることができない場合(具体的には次の方々を対象となります。)
 - ・合衆国の事業所から長期的(5年を超える見込)に派遣された方
 - ・合衆国で自営業者であり、日本国内で長期的(5年を超える見込)に自営活動を行う方
 - ・日本国内の事業所により採用された方または日本で初めて自営活動を行う方
 - ・合衆国内で就労していた者が日本国内で一時的(5年以内の見込)に派遣された方であるが、派遣直前6ヶ月間、合衆国制度に加入していない方
- b. 日本国内で自営業者であり、合衆国内で一時的(5年以内の見込)に同様の自営活動を行う場合
(合衆国での就労直前6ヶ月間継続して日本の年金制度に加入しており(海外居住の国民年金任意加入を除く)、合衆国内での就労期間中も国民年金の第1号被保険者として加入を継続する必要があります。)
- c. 事業主の命により、5年を超えないと見込まれる期間、合衆国内で就労する場合
(派遣直前6ヶ月間継続して日本の年金制度に加入しており(海外居住の国民年金任意加入を除く)、当該派遣期間中も国民年金の第1号被保険者として加入を継続する必要があります。)
- d. 日本国内で自営業者であり、合衆国内で一時的(5年以内の見込)に同様の自営活動を行うが、合衆国での就労直前6か月間継続して日本の年金制度に加入していないまたは海外居住の国民年金任意加入被保険者である場合、または合衆国内での就労期間中は海外居住の国民年金任意加入被保険者である場合。(合衆国の担当機関との協議のうえ合意される必要があります。)
- e. 事業主の命により、5年を超えないと見込まれる期間、合衆国内で就労するが、派遣直前6か月間継続して日本の年金制度に加入していないまたは海外居住の国民年金任意加入被保険者である場合、または合衆国内での就労期間中は海外居住の国民年金任意加入被保険者である場合。(合衆国の担当機関との協議のうえ合意される必要があります。)
- f. 上記のほか、合衆国内で就労するが、合衆国の社会保障制度のみに加入することにより不利益を被る場合(合衆国の担当機関との協議のうえ合意される必要があります。)

合衆国内における就労が、①事業主の命によるものでない、または、②日本で行っている自営活動ではない場合は、この申請を行うことができません。

- *ここでいう「適用証明書」とは、申請された就労に関して、社会保障協定に基づき日本の年金制度のみに加入する(合衆国の社会保障制度の加入が免除される)根拠となる証明書です。

申請書の記入方法

「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」で記入してください。

被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

「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。

「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。日本における住所がない場合は、日本での最終の住所を記入してください。

「就労の形態」:

該当する番号のボックスをチェック(☑)してください。「33」または「62」に該当する場合は、選択した項目に応じて、「備考」欄に次の内容を必ず記入してください。

○上記派遣開始前・終了後の雇用・居住(予定)状況を具体的に記入してください。

○合衆国の制度にのみ加入することによりどのような不利益を被るかを記入してください。

「33」または「62」に該当する場合には、合衆国の担当機関との協議が必要となります。この協議は、「備考」欄に記入している内容により個別に行われます。なお、適用証明書を交付できるかどうかは合衆国の担当機関との協議結果によります。

「30」に該当する場合は、「備考」欄に「日本の就労先名称および連絡先」を記入してください。

「就労開始年月日」および「就労終了予定年月日」:

「就労の形態」欄が「30」に該当する場合には、日本国内で就労を開始した年月日および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。その他の場合には、合衆国において就労を開始する年月日および就労が終了する予定の年月日を西暦で入力してください。

「日本の事業主記入欄」:

自営業者の方は記入は不要です。日本の事業所の被用者の方のみ、日本の事業主より申請内容について証明を受けてください。

なお、事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

フォームを印刷

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日米社会保障協定 国民年金・国民健康保険 適用証明期間継続・延長申請書

◎ 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。

基礎年金番号		被保険者氏名	
		(カナ)	(ローマ字)
		(印)	
生年月日	性別	日本国における被保険者住所	
<input type="checkbox"/> 5. 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 7. 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	(カナ)	
		〒	
就労開始年月日	就労終了予定年月日 (継続・延長後)		
(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日		
合衆国における就労先(事業所)の名称			
(カナ)			
合衆国における就労先(事業所)の所在地			
(カナ)			
期間延長の理由 (具体的に記入してください)			
合衆国における連絡先住所および電話番号		備 考	
(TEL)			

裏面を理解したうえで、上記のとおり申請します。

日本の事業主記入欄 (被用者の場合のみ記入)	
上記内容は事実と相違ないことを証明します。	
(所在地) 〒	
(名称)	
(事業主氏名)	(印)
(電話) () - () - ()	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

(印)

平成 年 月 日 提出

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国民年金の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、年金事務所
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. 自営業者が就労開始年月日から5年を超えない期間まで、合衆国内での自営活動を継続すると見込まれる場合
- b. 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、合衆国内で就労を継続すると見込まれる場合
- c. 何らかの事情で、自営業者が就労開始年月日から5年を超えて合衆国内での自営活動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
- d. 何らかの事情で、派遣開始年月日から5年を超えて、合衆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c.およびd.に該当する場合は、日本年金機構があらかじめ合衆国の担当機関との個別協議により合意を得ることが
必要となる場合があります。

申請書の記入方法

「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」で記入してください。

被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

「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。

「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。日本における住所がない場合は、日本での最終の住所を記入してください。

「就労開始年月日」:

適用証明書交付申請書の申請時に記入した「就労開始年月日」(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。

「就労終了予定年月日」:

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。

「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。記入された内容をもとに合衆国の担当機
関と協議を行います。

「日本の事業主記入欄」:

自営業者の方は記入は不要です。日本の事業所の被用者の方のみ、日本の事業主より申請内容について証明を受けてくださ
い。なお、事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

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。

フォームを印刷

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日米社会保障協定 国民年金・国民健康保険 適用証明書再交付申請書

◎ 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。

基礎年金番号	生年月日 <input type="checkbox"/> 5. 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 7. 平成 年 月 日	就労開始年月日 (西暦) 年 月 日	協定相手国 (合衆国) 004
被保険者氏名 (フリガナ) _____ (ローマ字) _____ (印)			性別 <input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女
日本国における被保険者住所 (フリガナ) _____ 〒 _____			
合衆国における就労先(事業所)の名称 (カナ) _____			
合衆国における就労先(事業所)の所在地 (カナ) _____			
申請するに至った事由 <input type="checkbox"/> 1. 減失 <input type="checkbox"/> 2. き損(き損した適用証明書を添付してください) <input type="checkbox"/> 3. 適用証明書の記載事項変更 (変更する事項の欄に黒字で変更前の内容を記入のうえ、変更後の内容を赤字で追記してください)		備 考	
合衆国における連絡先住所および電話番号 (TEL) _____			

上記のとおり申請します。

日本の事業所名称および所在地(被用者の場合のみ記入) 上記内容は事実と相違ないことを証明します。 (所在地) 〒 _____ (名称) _____ (事業主氏名) _____ (印) (電話) (_____) - (_____) - (_____)

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印 (印)

平成 年 月 日 提出

申請にあたっての留意点

この申請書は、厚生年金保険の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、年金事務所に適用証明書の再交付を申請するためのものです。

- a. すでに交付された適用証明書を滅失した場合
- b. すでに交付された適用証明書をき損した場合
- c. すでに交付された適用証明書の記載内容に変更が生じた場合

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。

「④ 一時就労開始年月日」:

適用証明書交付申請書の申請時に記入した「一時就労開始年月日」(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。

「⑤ 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。

「⑥ ベルギー王国における事業所登録番号および事業所の名称」:

ベルギーの事業所番号 (IDENTIFICATION NUMBER) は、一般的には10桁で構成されています。10桁を超える場合はその番号を、事業所登録番号が付されていない場合はその旨を「備考」欄に記入してください。

「⑦ 申請するに至った事由」:

該当する番号のボックスをチェック(☑)してください。「3. 適用証明書の記載事項変更」の場合は、変更する事項の欄に変更前の内容を黒字で記入のうえ、赤字で変更後の内容を記入してください。

なお、氏名を変更した場合には、氏名変更届を提出のうえ、この申請をしてください。日本国における被保険者住所を変更した場合は、住所変更届を提出のうえ、この申請をしてください。

「事業所の所在地及び名称」:

事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

添付書類

滅失による場合のほか、この申請書にすでに交付されている適用証明書を添えて提出してください。

フォームを印刷

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日白社会保障協定 国民年金・国民健康保険 適用証明書交付申請書

基礎年金番号		被保険者氏名	
		(フリガナ)	(ローマ字)
		(印)	
生年月日	性別	日本国における被保険者住所	
<input type="checkbox"/> 5. 昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1. 男	(フリガナ)	
<input type="checkbox"/> 7. 平成	<input type="checkbox"/> 2. 女	〒	
就 労 の 形 態			
<input type="checkbox"/> 41. 日本国内で自営業者であり、ベルギー王国内で一時的(5年以内の見込)に自営活動を行う(協定第8条4該当)			
<input type="checkbox"/> 40. 日本の事業所からベルギー王国内の事業所へ一時的(5年以内の見込)に派遣される(協定第8条1該当)			
<input type="checkbox"/> 43. 上記以外でベルギー王国内の事業所で就労し、ベルギー王国の社会保障制度にのみ適用されることにより不利益を被る(協定第11条該当) *「備考」欄にどのような不利益を被るかを具体的に記入してください。			
一時就労開始年月日	就労終了予定年月日		
(西暦)年 月 日	(西暦)年 月 日		
ベルギー王国における事業所登録番号および就労先(事業所)の名称			
(事業所登録番号)	名称(カナ)	名称(英数字)	
ベルギー王国における就労先(事業所)の所在地			
所在地(カナ)			
所在地(英数字)			
ベルギー王国における連絡先住所および電話番号			
(英数字)			
(TEL)			
備 考			

裏面を理解したうえで、上記のとおり申請します。

日本の事業主記入欄(被用者の場合のみ記入)	
上記内容は事実と相違ないことを証明します。	
(所在地) 〒	
(名称)	
(事業主氏名)	(印)
(電話) () - () - ()	

平成 年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
(印)

申請にあたっての留意点

この申請書は、国民年金の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、年金事務所に適用証明書の交付を申請するためのものです。

- a. 日本国内で自営業者であり、ベルギー国内で一時的(5年以内の見込)に自営活動を行う場合
- b. 事業主の命により、5年を超えないと見込まれる期間、ベルギー国内で就労する場合
- c. 上記のほか、事業主の命または自営活動のためにベルギー国内で就労するが、ベルギーの社会保障制度のみに加入することにより不利益を被る場合

また、ベルギー国内における就労が、①事業主の命によるものでない、または、②日本で行っている自営活動ではない場合は、この申請を行うことができません。

- * ここでいう「適用証明書」とは、申請された就労に関して、社会保障協定に基づき日本の社会保障制度のみに加入する(ベルギーの社会保障制度の加入が免除される)根拠となる証明書です。

申請書の記入方法

「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」で記入してください。

被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

「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。

「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。日本における住所がない場合は、日本での最終の住所を記入してください。

「就労の形態」:

該当する番号のボックスをチェック(☑)してください。「43」に該当する場合は、「備考」欄に具体的状況およびベルギーの社会保障制度のみに加入することとなることによってどのような不利益を被るかを必ず記入してください。

この場合には、ベルギーの担当機関との協議が必要となる場合があります。この協議は、「備考」欄に記入している内容により個別に行われます。なお、適用証明書を交付できるかどうかはベルギーの担当機関との協議結果によります。

「一時就労開始年月日」および「就労終了予定年月日」:

ベルギー国内において就労を開始する年月日および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。

社会保障に関する日本国とベルギー王国との間の協定の発効日(2007(平成19)年1月1日)においてすでにベルギー国内で就労を開始している場合には、「一時就労開始年月日」を「2007年1月1日」として入力してください。発効日から派遣が開始されたものと取り扱われます。

「ベルギー王国における事業所登録番号および就労先(事業所)の名称」:

ベルギー王国での事業所登録番号(IDENTIFICATION NUMBER)は一般的には10桁で構成されています。10桁を超える場合はその番号を、事業所登録番号が付されていない場合はその旨を「備考」欄に記入してください。

「日本の事業主記入欄」:

自営業者の方は記入は不要です。日本の事業所の被用者の方のみ、日本の事業主より申請内容について証明を受けてください。なお、事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

フォームを印刷

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日白社会保障協定 国民年金・国民健康保険 適用証明期間継続・延長申請書

◎ 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。

基礎年金番号		被保険者氏名	
		(カナ)	(ローマ字)
		(印)	
性別	生年月日	日本国における被保険者住所	
<input type="checkbox"/> 1. 男	<input type="checkbox"/> 5. 昭和 年 月 日	(カナ)	
<input type="checkbox"/> 2. 女	<input type="checkbox"/> 7. 平成 年 月 日	〒	
一時就労開始年月日		就労終了予定年月日 (継続・延長後)	
(西暦) 年 月 日		(西暦) 年 月 日	
ベルギー王国における事業所登録番号および就労先(事業所)の名称			
(事業所登録番号)		名称(カナ)	
		名称(英数字)	
ベルギー王国における就労先(事業所)の所在地			
所在地(カナ)			
所在地(英数字)			
ベルギー王国における連絡先住所および電話番号			
英数字			
(TEL)			
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。

日本の事業主記入欄(被用者の場合のみ記入)	
上記内容は事実と相違ないことを証明します。	
(所在地) 〒	
(名称)	
(事業主氏名)	(印)
(電話) () - () - ()	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
(印)

平成 年 月 日提出

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国民年金の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、年金事務所にて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. 自営業者が就労開始年月日から5年を超えない期間まで、ベルギー国内での自営活動を継続すると見込まれる場合
- b. 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、ベルギー国内で就労を継続すると見込まれる場合
- c. 何らかの事情で、自営業者が就労開始年月日から5年を超えてベルギー国内での自営活動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
- d. 何らかの事情で、派遣開始年月日から5年を超えて、ベルギー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cおよびdに該当する場合は、日本年金機構があらかじめベルギ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る場合があります。

申請書の記入方法

「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」で記入してください。

被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

「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。

「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。日本における住所がない場合は、日本での最終の住所を記入してください。

「一時就労開始年月日」:

適用証明書交付申請書の申請時に記入した「一時就労開始年月日」(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。

「就労終了予定年月日」:

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。

「ベルギー王国における事業所登録番号および就労先(事業所)の名称」:

ベルギーでの事業所登録番号(IDENTIFICATION NUMBER)は一般的には、10桁で構成されています。10桁を超える場合はその番号を、事業所登録番号が付されていない場合はその旨を「備考」欄に記入してください。

「期間延長の理由」:

延長しなければならない理由を具体的に記入してください。記入された内容をもとにベルギーの担当機関と協議をおこないます。

「日本の事業主記入欄」:

自営業者の方は記入は不要です。日本の事業所の被用者の方のみ、日本の事業主より申請内容について証明を受けてください。なお、事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

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。

フォームを印刷

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日白社会保障協定 国民年金・国民健康保険 適用証明書再交付申請書

◎ 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。

基礎年金番号	生年月日 <input type="checkbox"/> 5. 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 7. 平成 年 月 日	一時就労開始年月日 (西暦) 年 月 日	協定相手国 (ベルギー王国) 005
被保険者氏名 (フリガナ) _____ (ローマ字) _____			性別 <input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女
日本国における被保険者住所 (フリガナ) _____ 〒 _____			
ベルギー王国における事業所登録番号および就労先(事業所)の名称			
(事業所登録番号)	名称(カナ) _____ 名称(英数字) _____		
ベルギー王国における就労先(事業所)の所在地			
所在地(カナ) _____		所在地(英数字) _____	
申請するに至った事由 <input type="checkbox"/> 1. 滅失 <input type="checkbox"/> 2. き損(き損した適用証明書を添付してください) <input type="checkbox"/> 3. 適用証明書の記載事項変更 (変更する事項の欄に黒字で変更前の内容を記入のうえ、変更後の内容を赤字で追記してください)		備 考	
ベルギー王国における連絡先住所および電話番号 (英数字) _____ (TEL) _____			

上記のとおり申請します。

日本の事業所名称および所在地(被用者の場合のみ記入) 上記内容は事実と相違ないことを証明します。 (所在地) 〒 _____ (名称) _____ (事業主氏名) _____ (印) (電話) (_____) - (_____) - (_____)

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印 (印)

平成 年 月 日 提出

申請にあたっての留意点

この申請書は、厚生年金保険の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、年金事務所に適用証明書の再交付を申請するためのものです。

- a. すでに交付された適用証明書を滅失した場合
- b. すでに交付された適用証明書をき損した場合
- c. すでに交付された適用証明書の記載内容に変更が生じた場合

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。

「④一時就労開始年月日」:

適用証明書交付申請書の申請時に記入した「一時就労開始年月日」(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。

「⑤ 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。

「⑥ フランス共和国における事業所SIRET番号および事業所の名称」:

フランスの事業所番号である事業所SIRET番号を記入してください。14桁(9桁の事業所識別番号と5桁の所在地識別番号)で構成されています。

「⑦ 申請するに至った事由」:

該当する番号のボックスをチェック(☑)してください。「3. 適用証明書の記載事項変更」の場合は、変更する事項の欄に変更前の内容を黒字で記入のうえ、赤字で変更後の内容を記入してください。

なお、氏名を変更した場合には、氏名変更届を提出のうえ、この申請をしてください。日本国における被保険者住所を変更した場合は、住所変更届を提出のうえ、この申請をしてください。

「事業所の所在地及び名称」:

事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

添付書類

滅失による場合のほか、この申請書にすでに交付されている適用証明書を添えて提出してください。また「事業主確認用紙」にフランスにおける労働災害を補償する保険の情報等を記入のうえ、この申請書に添えてください。

フォームを印刷

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日仏社会保障協定 国民年金・国民健康保険 適用証明書交付申請書

基礎年金番号		被保険者氏名	
		(フリガナ)	(ローマ字)
		(印)	
生年月日	性別	日本国における被保険者住所	
<input type="checkbox"/> 5. 昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1. 男	(フリガナ)	
<input type="checkbox"/> 7. 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 2. 女	〒	
就 労 の 形 態			
<input type="checkbox"/> 50. 日本の事業所からフランス共和国内の事業所へ一時的(5年以内の見込)に派遣される(協定第6条1該当) (前回のフランス共和国内への派遣期間終了から1年以上経過している)			
<input type="checkbox"/> 5i. 上記以外でフランス共和国内の事業所で就労し、フランスの制度が適用されることにより不利益を被る (協定第9条該当)*「備考」欄にどのような不利益を被るかを具体的に記入してください。			
協定発効以降に就労の形態が上記50に該当することとなった場合には右の一時就労開始年月日及び就労終了予定年月日を記入してください。 協定発効以前から引き続きフランス国内の事業所へ一時的に派遣されている場合は下欄に記入してください。		一時就労開始年月日(発効後)	就労終了予定年月日
		(西暦)年 月 日	(西暦)年 月 日
フ ラ ン ス 共 和 国 に お け る 事 業 所 S I R E T 番 号 お よ び 事 業 所 の 名 称			
(SIRET番号)	事業所の名称(カナ)		
	事業所の名称(英数字)		
フ ラ ン ス 共 和 国 に お け る 事 業 所 等 の 郵 便 番 号 お よ び 事 業 所 の 所 在 地			
(郵便番号)	事業所の所在地(カナ)		
	事業所の所在地(英数字)		
フ ラ ン ス 共 和 国 に お け る 連 絡 先 住 所 お よ び 電 話 番 号			
(英数字)			
(TEL)			
協定発効日前から引き続き派遣されている場合の申請期間	フランス健康保険証返還日	就労終了予定年月日 (最長2012年5月末日)	
	(西暦)年 月 日	(西暦)年 月 日	
備 考			

裏面を理解したうえで、上記のとおり申請します。

日本の事業主記入欄 上記内容は事実と相違ないことを証明します。
(所在地) 〒
(名称)
(事業主氏名)
(印)
(電話) () - () - ()

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

(印)

平成 年 月 日 提出

申請にあたっての留意点

この申請書は、国民年金の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、年金事務所に適用証明書の交付を申請するためのものです。

- a. 事業主の命により、5年を超えないと見込まれる期間、フランス国内で就労する場合
(前回のフランス国内への派遣期間終了から1年以上経過している)
 - b. 上記のほか、フランス国内で就労するが、フランスの社会保障制度のみに加入することにより不利益を被る場合
- * ここでいう「適用証明書」とは、申請された就労に関して、社会保障協定に基づき日本の社会保障制度のみに加入する(フランスの社会保障制度の加入が免除される)根拠となる証明書です。

この申請書には、日本の事業主が次の内容を確認したことを示す「事業主確認用紙」を添付してください。なお、「事業主確認用紙」には、事業主の署名が必要となります。

- ① フランス国内での労働災害について保障する保険に加入していること
 - ② 申請に係る被保険者にフランスへ随伴する配偶者または子がいる場合には、その配偶者または子の氏名、生年月日および続柄
 - ③ ②の配偶者または子が申請者により生計を維持されていること
- * ①に関するお問い合わせは、厚生労働省労働基準局労働補償部労災管理課(電話:03(5253)1111(代表))までお願いします。

申請書の記入方法

「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」で記入してください。
被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

「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。

「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。日本における住所がない場合は、日本での最終の住所を記入してください。

「就労の形態」:

該当する番号のボックスをチェック(☑)してください。「51」に該当する場合は、「備考」欄に具体的状況およびフランスの社会保障制度のみに加入することとなることによってどのような不利益を被るかを必ず記入してください。

この場合には、フランスの担当機関との協議が必要となる場合があります。この協議は、「備考」欄に記入している内容により個別に行われます。なお、適用証明書を交付できるかどうかはフランスの担当機関との協議結果によります。

「一時就労開始年月日」、「フランス健康保険証返還日」および「就労終了予定年月日」:

社会保障に関する日本国政府とフランス共和国政府との間の協定の発効日(2007(平成19)年6月1日)以降に、フランス共和国国内での就労を開始する場合には、「一時就労開始年月日」にその就労を開始した年月日を、「就労終了予定年月日」に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。

2007(平成19)年6月1日時点において、すでにフランス国内での就労を開始しており、発効日から5年以内に派遣が終了する予定である場合には、「一時就労開始年月日」には「記入せず」、「フランス健康保険証返還日」および「就労終了予定年月日(最長2012年5月末日まで)」を西暦で記入してください。この場合は、フランスの健康保険証を返還した際にフランスの実施機関(医療保険一次金庫)で受領した「移行期間付帯文書」にフランス社会保障制度より脱退することを誓約する旨などを記入のうえ、「事業主確認用紙」と併せてこの申請書に添えてください。

「フランス共和国における事業所SIRET番号および事業所の名称」:

フランスの事業所番号であるSIRET番号を記入してください。14桁(9桁の事業所識別番号と5桁の所在地識別番号)で構成されています。

「日本の事業主記入欄」:

日本の事業主より申請内容について証明を受けてください。なお、事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

フォームを印刷

所長	副所長	課長	担当者

日仏社会保障協定 国民年金・国民健康保険 適用証明期間継続・延長申請書

◎ 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。

基礎年金番号		被保険者氏名	
		(フリガナ)	(ローマ字)
		(印)	
生年月日	性別	日本国における被保険者住所	
<input type="checkbox"/> 5. 昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1. 男	(フリガナ)	
<input type="checkbox"/> 7. 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 2. 女	〒	
一時就労開始年月日	就労終了予定年月日 (継続・延長後)		
(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日		
フランス共和国における事業所SIRET番号および事業所の名称			
(SIRET番号)	事業所の名称(カナ)		
	事業所の名称(英数字)		
フランス共和国における事業所等の郵便番号および事業所等の所在地			
(郵便番号)	事業所の所在地(カナ)		
	事業所の所在地(英数字)		
フランス共和国における連絡先住所および電話番号			
(英数字)			
(TEL)			
協定発効以前の派遣状況		期間延長の理由 (具体的に記入してください)	
<input type="checkbox"/> 1. 協定第6条1該当の派遣者であり、協定発効以前から引き続き派遣である。 <input type="checkbox"/> 2. 上記以外			
備 考			

裏面を理解したうえで、上記のとおり申請します。

日本の事業主記入欄	
上記内容は事実と相違ないことを証明します。	
(所在地) 〒	
(名称)	
(事業主氏名)	(印)
(電話) () - () - ()	

平成 年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
(印)

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国民年金の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、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. 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、フランス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、フランス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フランス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る場合があります。

この申請書には、日本の事業主が次の内容を確認したことを示す「事業主確認用紙」を添付してください。なお、「事業主確認用紙」には、事業主の署名が必要となります。

- ① フランス国内での労働災害について保障する保険に加入していること
- ② 申請に係る被保険者にフランスへ随伴する配偶者または子がいる場合には、その配偶者または子の氏名、生年月日および続柄
- ③ ②の配偶者または子が申請者により生計を維持されていること

※①に関するお問い合わせは、厚生労働省労働基準局労災補償部労災管理課(電話:03(5253)1111(代表))までお願いします。

申請書の記入方法

「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」で記入してください。

被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

「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。

「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。日本における住所がない場合は、日本での最終の住所を記入してください。

「一時就労開始年月日」:

適用証明書交付申請書の申請時に記入した「一時就労開始年月日」(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。

「就労終了予定年月日」:

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。

「フランス共和国における事業所SIRET番号および事業所の名称」:

フランスの事業所番号である事業所SIRET番号を記入してください。14桁(9桁の事業所識別番号と5桁の所在地識別番号)で構成されています。

「協定発効以前からの派遣状況」:

協定発効日(2007年6月1日)以前からの派遣状況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。

「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。記入された内容をもとにフランスの担当機関と協議を行います。

「日本の事業主記入欄」:

日本の事業主より申請内容について証明を受けてください。なお、事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

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。また、「事業主確認用紙」にフランスにおける労働災害を補償する保険の情報等を記入のうえ、この申請書に添えて提出してください。

フォームを印刷

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日仏社会保障協定 国民年金・国民健康保険 適用証明書再交付申請書

◎ この申請書を記入する際には、表面をよく読んでください。

基礎年金番号		生年月日		一時就労開始年月日		協定相手国	
		<input type="checkbox"/> 5. 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 7. 平成 年 月 日		(西暦) 年 月 日		(フランス) 006	
被保険者氏名						性別	
(フリガナ)				(ローマ字)		<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	
(印)							
日本国における被保険者住所							
(フリガナ)							
〒							
フランス共和国における事業所SIRET番号および事業所の名称							
(SIRET番号)				事業所の名称(カナ)			
-				事業所の名称(英数字)			
フランス共和国における事業所郵便番号および事業所の所在地							
郵便番号)		事業所の所在地(カナ)					
		事業所の所在地(英数字)					
申請するに至った事由				備 考			
<input type="checkbox"/> 1. 滅失 <input type="checkbox"/> 2. き損(き損した適用証明書を添付してください) <input type="checkbox"/> 3. 適用証明書の記載事項変更 (変更する事項の欄に黒字で変更前の内容を記入のうえ、変更後の内容を赤字で追記してください) <input type="checkbox"/> 4. 事業主確認用紙の記載事項変更							
フランス共和国における連絡先および電話番号							
(英数字)							
(TEL)							

上記のとおり申請します。

日本の事業所名称および所在地	
上記内容は事実に相違ないことを証明します。	
(所在地) 〒	
(名称)	
(事業主氏名)	(印)
(電話) () - () - ()	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
(印)

平成 年 月 日 提出

申請にあたっての留意点

この申請書は、厚生年金保険の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、年金事務所に適用証明書の再交付を申請するためのものです。

- a. すでに交付された適用証明書を滅失した場合
- b. すでに交付された適用証明書をき損した場合
- c. すでに交付された適用証明書の記載内容に変更が生じた場合

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。

「④一時就労開始年月日」:

適用証明書交付申請書の申請時に記入した「一時就労開始年月日」(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。

「⑤ 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。

「⑥ 申請するに至った事由」:

該当する番号のボックスをチェック(☑)してください。「3. 適用証明書の記載事項変更」の場合は、変更する事項の欄に変更前の内容を黒字で記入のうえ、赤字で変更後の内容を記入してください。

なお、氏名を変更した場合には、氏名変更届を提出のうえ、この申請をしてください。日本国における被保険者住所を変更した場合は、住所変更届を提出のうえ、この申請をしてください。

「事業所の所在地及び名称」:

事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

添付書類

滅失による場合のほか、この申請書にすでに交付されている適用証明書を添えて提出してください。

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日・カナダ社会保障協定 国民年金 適用証明書交付申請書

* ケベック州独自の年金制度(QPP)の加入対象となる場合は、申請できません。カナダで加入対象となる制度をあらかじめ確認願います。

基礎年金番号		被 保 険 者 氏 名	
		(カナ)	(ローマ字)
		(印)	
生 年 月 日	性 別	日 本 国 に お け る 被 保 険 者 住 所	
<input type="checkbox"/> 5. 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 7. 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	(カナ)	
就 労 の 形 態			
<input type="checkbox"/> 60.日本の事業所からカナダ年金制度(CPP)が適用されるカナダ国内の事業所へ一時的(5年以内の見込)に派遣される (派遣直前6ヶ月間は日本の年金制度に加入している被保険者であり、派遣期間中も日本の事業所と雇用関係が継続する) (協定第5条2該当)			
<input type="checkbox"/> 63.日本国内で自営業者であり、カナダ年金制度(CPP)が適用されるカナダ国内で一時的(5年以内の見込)に自営活動を行う (派遣直前6ヶ月間は日本の年金制度に加入している被保険者であり、カナダ国内で就労中も国民年金の被保険者要件を満たす) (協定第5条4該当)			
<input type="checkbox"/> 62.日本の事業所からカナダ年金制度(CPP)が適用されるカナダ国内の事業所へ一時的(5年以内の見込)に派遣される (日本の年金制度に派遣直前6ヶ月間加入していない被保険者であるが、派遣期間中も日本の事業所と雇用関係が継続する) (協定第5条6該当)*「備考」欄に派遣開始前・終了後の雇用・居住(予定)状況を具体的に記入してください。			
<input type="checkbox"/> 62.上記以外でカナダ年金制度(CPP)が適用されるカナダ国内で就労するが、カナダ年金制度にのみ適用されることにより不利益を被る (協定第5条6該当)*「備考」欄にどのような不利益を被るかを具体的に記入してください。			
一時就労開始年月日	就労終了予定年月日	左の期間中の国民年金の加入状況	
(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.日本国内に住所があり、強制加入 <input type="checkbox"/> 2.任意加入(申出済)	
カナダにおける就労先(事業所)の名称			
(カナ)			
カナダにおける就労先(事業所)の所在地			
(カナ)			
カナダにおける連絡先住所および電話番号		備 考	
(TEL)			

裏面を理解したうえで、上記のとおり申請します。

日本の事業主記入欄(被用者の場合のみ記入)	
上記内容は事実と相違ないことを証明します。	
(所在地) 〒	
(名称)	
(事業主氏名)	(印)
(電話) () - () - ()	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

(印)

平成 年 月 日 提出

申請にあたっての留意点

この申請書は、国民年金の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、年金事務所に適用証明書の交付を申請するためのものです。

- a. 日本国内で自営業者であり、カナダ国内で一時的(5年以内の見込)に自営活動を行う場合
- b. 事業主の命により、5年を超えないと見込まれる期間、カナダ国内で就労する場合
(日本の年金制度に派遣直前6ヶ月間加入しており(海外居住の国民年金任意加入を除く)、当該期間中も国民年金の第1号被保険者として加入を継続する必要があります。)
- c. 事業主の命により、5年を超えないと見込まれる期間、カナダ国内で就労するが、日本の年金制度に派遣直前に6ヶ月加入してないまたは海外居住の国民年金任意加入被保険者である場合、またはカナダ国内で一時就労期間中は海外居住の国民年金任意加入被保険者である場合
- d. 事業主の命又は自営活動のために、カナダ国内で就労するが、カナダの年金制度のみに加入することにより不利益を被る場合

なお、社会保障に関する日本国とカナダとの間の協定において適用調整されるカナダの年金制度は、カナダ年金制度(GPP)です。あらかじめ、カナダ国内の事業所等にカナダで適用される制度をご確認願います(ケベック州における州独自の年金制度(QPP)の加入対象となる場合は申請できません)。

また、カナダにおける就労が、①事業主の命によるものでない、または、②日本で行っている自営活動ではない場合は、この申請を行うことができません。

*ここでいう「適用証明書」とは、申請された就労に関して、社会保障協定に基づき日本の年金制度のみに加入する(カナダ年金制度の加入が免除される)根拠となる証明書です。

申請書の記入方法

「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」で記入してください。

被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

「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。

「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。日本における住所がない場合は、日本での最終の住所を記入してください。

「就労の形態」:

該当する番号のボックスをチェック(☑)してください。「62」に該当する場合は、選択した項目に応じて、「備考」欄に次の内容を必ず記入してください。

- 上記c.に該当する場合は、派遣開始前・終了後の雇用・居住(予定)状況を具体的に記入してください。
- 上記d.に該当する場合は、具体的状況およびカナダ年金制度のみに加入することによってどのような不利益を被るかを記入してください。

この場合には、カナダの担当機関との協議が必要となる場合があります。この協議は、「備考」欄に記入している内容により個別に行われます。なお、適用証明書を交付できるかどうかはカナダの担当機関との協議結果によります。

「一時就労開始年月日」および「就労終了予定年月日」:

カナダ国内において就労を開始する年月日および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。

社会保障に関する日本国とカナダとの間の協定の発効日(2008(平成20)年3月1日)においてすでにカナダ国内で就労を開始している場合には、「一時就労開始年月日」を「2008年3月1日」として記入してください。

「日本の事業主記入欄」:

自営業者の方は記入は不要です。日本の事業所の被用者の方のみ、日本の事業主より申請内容について証明を受けてください。

なお、事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

フォームを印刷

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日・カナダ社会保障協定 国民年金 適用証明期間継続・延長申請書

◎ 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。

基礎年金番号		被保険者氏名	
		(カナ)	(ローマ字)
		(印)	
生年月日	性別	日本国における被保険者住所	
<input type="checkbox"/> 5. 昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1. 男	(カナ)	
<input type="checkbox"/> 7. 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 2. 女	〒	
一時就労開始年月日	就労終了予定年月日(継続・延長後)		
(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日		
カナダにおける就労先(事業所)の名称			
(カナ)			
カナダにおける就労先(事業所)の所在地			
(カナ)			
期間延長の理由(具体的に記入してください)			
カナダ国内での連絡先住所および電話番号		備 考	
(TEL)			

裏面を理解したうえで、上記のとおり申請します。

日本の事業主記入欄(被用者の場合のみ記入)	
上記内容は事実と相違ないことを証明します。	
(所在地) 〒	
(名称)	
(事業主氏名)	(印)
(電話) () - () - ()	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

(印)

平成 年 月 日 提出

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国民年金の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、年金事務所にて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. 自営業者が就労開始年月日から5年を超えない期間まで、カナダ国内での自営活動を継続すると見込まれる場合
- b. 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、カナダ国内で就労を継続すると見込まれる場合
- c. 何らかの事情で、派遣開始年月日から5年を超えて、カナダ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c.に該当する場合は、日本年金機構があらかじめカナダ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る場合があります。

申請書の記入方法

「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」で記入してください。

被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

「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。

「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。日本における住所がない場合は、日本での最終の住所を記入してください。

「一時就労開始年月日」:

適用証明書交付申請書の申請時に記入した「一時就労開始年月日」(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。

「就労終了予定年月日」:

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。

「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。記入された内容をもとにカナダの担当機関と協議を行います。

「日本の事業主記入欄」:

自営業者の方は記入は不要です。日本の事業所の被用者の方のみ、日本の事業主より申請内容について証明を受けてください。なお、事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

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。

フォームを印刷

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日・カナダ社会保障協定 国民年金 適用証明書再交付申請書

◎ 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。

基礎年金番号	生年月日	一時就労開始年月日	協定相手国
	<input type="checkbox"/> 5. 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 7. 平成 年 月 日	(西暦) 年 月 日	(カナダ) 007
被 保 険 者 氏 名			性 別
(カナダ)	(ローマ字)		<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女
日本国における被保険者住所			
(カナダ)			
〒			
カナダにおける就労先(事業所)の名称			
(カナ)			
カナダにおける就労先(事業所)の所在地			
(カナ)			
申請するに至った事由		備 考	
<input type="checkbox"/> 1. 滅失 <input type="checkbox"/> 2. き損(き損した適用証明書を添付してください) <input type="checkbox"/> 3. 適用証明書の記載事項変更 (変更する事項の欄に黒字で変更前の内容を記入のうえ、変更後の内容を赤字で追記してください)			
カナダにおける連絡先住所および電話番号			
(TEL)			

上記のとおり申請します。

日本の事業所名称および所在地(被用者の場合のみ記入)	
上記内容は、事実と相違ないことを証明します。	
(所在地) 〒	
(名称)	
(事業主氏名)	(印)
(電話) () - () - ()	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
(印)

平成 年 月 日 提出

申請にあたっての留意点

この申請書は、厚生年金保険の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、年金事務所に適用証明書の再交付を申請するためのものです。

- a. すでに交付された適用証明書を滅失した場合
- b. すでに交付された適用証明書をき損した場合
- c. すでに交付された適用証明書の記載内容に変更が生じた場合

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。

「④一時就労開始年月日」:

適用証明書交付申請書の申請時に記入した「一時就労開始年月日」(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。

「⑤ 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。

「⑥ 申請するに至った事由」:

該当する番号のボックスをチェック(☑) してください。「3. 適用証明書の記載事項変更」の場合は、変更する事項の欄に変更前の内容を黒字で記入のうえ、赤字で変更後の内容を記入してください。

なお、氏名を変更した場合には、氏名変更届を提出のうえ、この申請をしてください。日本国における被保険者住所を変更した場合は、住所変更届を提出のうえ、この申請をしてください。

「事業所の所在地及び名称」:

事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

添付書類

滅失による場合のほか、この申請書にすでに交付されている適用証明書を添えて提出してください。

フォームを印刷

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日豪社会保障協定 国民年金 適用証明書交付申請書

* 自営業者の方は、オーストラリアの退職年金保障制度(SG)に加入義務がないため、適用証明書は交付されません。

基礎年金番号		被保険者氏名	
		(カナ)	(ローマ字)
		(印)	
生年月日	性別	日本国における被保険者住所	
<input type="checkbox"/> 5. 昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1. 男	(カナ)	
<input type="checkbox"/> 7. 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 2. 女	〒	
就労の形態			
<input type="checkbox"/> 70.日本の事業所からオーストラリア国内の事業所へ一時的に派遣される(協定第8条1該当) <small>* 派遣予定期間が5年を超える場合は、下の「就労終了予定年月日」欄には派遣開始年月日から5年を満了する年月日を記入のうえ、「備考」欄に派遣終了予定年月日を記入してください。</small>			
<input type="checkbox"/> 72.オーストラリア国内で就労するが、退職年金保障制度(SG)にのみ加入されることにより不利益を被る(協定第11条該当) <small>* 「備考」欄にどのような不利益を被るかを具体的に記入してください。</small>			
一時就労開始年月日	就労終了予定年月日 <small>※裏面参照</small>	左記期間	左の期間中の国民年金の加入状況
(西暦)年 月 日	(西暦)年 月 日	年 月	<input type="checkbox"/> 1.日本国内に住所があり、強制加入 <input type="checkbox"/> 2.任意加入(申出済)
オーストラリアにおける事業所の名称			
(カナ)			
オーストラリアにおける事業所の所在地			
(カナ)			
オーストラリアにおける連絡先住所および電話番号			
(カナ)			
(TEL)			
備 考			

裏面を理解したうえで、上記のとおり申請します。

日本の事業主記入欄	
上記内容は事実と相違ないことを証明します。	
(所在地)	
(名称)	
(事業主氏名)	(印)
(電話) () - () - ()	

平成 年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

(印)

申請にあたっての留意点

この申請書は、国民年金の被保険者である被用者が、つぎのいずれかに該当する場合に、年金事務所に適用証明書の交付を申請するためのものです。

a. 事業主の命により、一定の期間、オーストラリア国内で就労する場合(協定第8条1に該当する場合)

(この場合、派遣開始から最大5年の期間が満了するまでの間の適用証明書が交付されます。)

b. オーストラリア国内で就労するが、オーストラリアの退職年金保障制度(SG)のみに加入することにより不利益を被る場合

(協定第11条に該当すると申請する場合)

なお、社会保障に関する日本国とオーストラリアとの間の協定において適用調整されるオーストラリアの年金制度は、オーストラリアの退職年金保障制度(SG)です。自営業者の方は、オーストラリアの退職年金保障制度(SG)に加入する義務がないため、適用証明書の交付申請をする必要がありません。

また、オーストラリア国内における就労が、事業主の命によるものでない場合は、この申請を行うことができません。

* ここでいう「適用証明書」とは、申請された就労に関して、社会保障協定に基づき日本の年金制度のみに加入する(オーストラリアの退職年金保障制度(SG)の加入が免除される)根拠となる証明書です。

申請書の記入方法

「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」で記入してください。

被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

「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。

「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。日本における住所がない場合は、日本での最終の住所を記入してください。

「就労の形態」:

該当する番号のボックスをチェック(☑) してください。「72」に該当する場合は、「備考」欄に具体的状況およびオーストラリア退職年金保障制度(SG)のみに加入することとなることによるどのような不利益を被るかを必ず記入してください。

この場合には、オーストラリアの権限のある当局との協議が必要となります。この協議は、「備考」欄に記入している内容により個別に行われます。なお、適用証明書を交付できるかどうかはオーストラリアの権限のある当局との協議結果によります。

「一時就労開始年月日」および「就労終了予定年月日」:

オーストラリア国内において就労を開始する年月日および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。ただし、「就労の形態」欄の番号が「70」に該当し、派遣予定期間が5年を超える場合は、「就労終了予定年月日」欄には派遣開始年月日から5年が満了する年月日を記入のうえ、「備考」欄に派遣終了予定年月日を記入してください。

<記入例>一時就労開始年月日が2009年1月1日で派遣終了予定年月日が2015年12月31日の場合

「就労終了予定年月日」欄:「2013. 12. 31」

「備考」欄:「派遣終了予定年月日は、2015年12月31日」

「就労の形態」欄の番号が「72」に該当し、派遣予定期間が5年を超える場合は、「就労終了予定年月日」欄には、派遣終了予定年月日を記入してください。

社会保障に関する日本国とオーストラリアとの間の協定の発効日(2009(平成21)年1月1日)においてすでにオーストラリア国内で就労を開始している場合には、「一時就労開始年月日」を「2009年1月1日」として記入してください。発効日から派遣が開始されたものと取り扱われます。

「日本の事業主記入欄」:

日本の事業主より申請内容について証明を受けてください。なお、事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

フォームを印刷

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日豪社会保障協定 国民年金 適用証明期間継続・延長申請書

◎ 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。

基礎年金番号		被保険者氏名	
		(フリガナ)	(ローマ字)
		(印)	
生年月日	性別	日本国における被保険者住所	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	(フリガナ)	
<input type="checkbox"/> 5. 昭和		〒	
<input type="checkbox"/> 7. 平成			
一時就労開始年月日	就労終了予定年月日 (継続・延長後)		
(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日		
オーストラリアにおける事業所の名称			
(カナ)			
オーストラリアにおける事業所の所在地			
(カナ)			
期間延長の理由 (具体的に記入してください。)			
オーストラリアにおける連絡先住所および電話番号		備 考	
(TEL)			

裏面を理解したうえで、上記のとおり申請します。

日本の事業主記入欄	
〒 上記内容は事実と相違ないことを証明します。	
(所在地)	
(名称)	
(事業主氏名)	(印)
(電話) () - () - ()	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
(印)

平成 年 月 日 提出

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¹の交付を受けている国民年金の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、年金事務所²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。

①事業主の命により、オーストラリア国内での就労開始年月日から5年を超えないと見込まれる期間まで、その就労を継続する場合

②次のような何らかの事情により派遣開始年月日から5年を超えて、オーストラリア国内で就労を継続する場合

- ・後任者が死亡、重病又は辞職のために、引き継ぎを行うことができない場合
- ・予期しない個人的な事情のために、派遣先国にいなければならない場合(本人、家族の病気や子の進学終了など)
- ・まもなく定年退職する場合
- ・短期間の延長
- ・派遣期間中に、予期しない個人的な事情のために、短期間、派遣元国へ帰国したことがある場合(本人、家族の病気等)
- ・延長理由がどちらか一方の国の政策と関係がある場合
- ・派遣を中断することによって雇用者又は被用者に過度の負担がかかる場合
- ・会社に組織変更があり、派遣者が当該組織変更により重要な役割にある場合
- ・派遣者に特殊な技能、経験があり、雇用者が当初派遣期間後1から4年以内に終了する予定の特別な業務又はプロジェクトを遂行するために当該派遣者を必要とする場合
- ・その他特別な事情がある場合

なお、上記②に該当する場合は、日本年金機構が、あらかじめ、オーストラリアの担当機関との協議により合意を得る必要があります。

申請書の記入方法

「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」で記入してください。

被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

「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。

「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。日本における住所がない場合は、日本での最終の住所を記入してください。

「一時就労開始年月日」:

適用証明書交付申請書の申請時に記入した「一時就労開始年月日」(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。

「就労終了予定年月日」:

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。

「期間延長の理由」:

延長しなければならない理由を具体的に記入してください。記入された内容をもとにオーストラリアの担当機関と協議をおこないます。

「日本の事業主記入欄」:

日本の事業主より申請内容について証明を受けてください。なお、事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

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。

フォームを印刷

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日豪社会保障協定 国民年金 適用証明書再交付申請書

◎ 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。

基礎年金番号	生年月日 <input type="checkbox"/> 5. 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 7. 平成 年 月 日	一時就労開始年月日 (西暦) 年 月 日	協定相手国 (オーストラリア) 008
被保険者氏名 (カナ) _____ (ローマ字) _____ (印)			性別 <input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女
日本国における被保険者住所 (カナ) _____ 〒 _____			
オーストラリアにおける事業所の名称 (カナ) _____			
オーストラリアにおける事業所の所在地 (カナ) _____			
申請するに至った事由 <input type="checkbox"/> 1. 滅失 <input type="checkbox"/> 2. き損(き損した適用証明書を添付してください) <input type="checkbox"/> 3. 適用証明書の記載事項変更 (変更する事項の欄に黒字で変更前の内容を記入のうえ、変更後の内容を赤字で追記してください)		備 考	
オーストラリアにおける連絡先及び電話番号 (TEL) _____			

上記のとおり申請します。

日本の事業所名称および所在地 上記内容は事実に相違ないことを証明します。	
(所在地)	
(名称)	
(事業主氏名)	(印)
(電話) () - () - ()	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

(印)

平成 年 月 日 提出

申請にあたっての留意点

この申請書は、厚生年金保険の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、年金事務所に適用証明書の再交付を申請するためのものです。

- a. すでに交付された適用証明書を滅失した場合
- b. すでに交付された適用証明書をき損した場合
- c. すでに交付された適用証明書の記載内容に変更が生じた場合

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。

「④一時就労開始年月日」:

適用証明書交付申請書の申請時に記入した「一時就労開始年月日」(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。

「⑤ 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。

「⑥ 申請するに至った事由」:

該当する番号のボックスをチェック(☑)してください。「3. 適用証明書の記載事項変更」の場合は、変更する事項の欄に変更前の内容を黒字で記入のうえ、赤字で変更後の内容を記入してください。

なお、氏名を変更した場合には、氏名変更届を提出のうえ、この申請をしてください。日本国における被保険者住所を変更した場合は、住所変更届を提出のうえ、この申請をしてください。

「事業所の所在地及び名称」:

事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

添付書類

滅失による場合のほか、この申請書にすでに交付されている適用証明書を添えて提出してください。

フォームを印刷

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日蘭社会保障協定 国民年金・国民健康保険 適用証明書交付申請書

基礎年金番号		被保険者氏名	
		(フリガナ)	(ローマ字)
		(印)	
生年月日	性別	日本国における被保険者住所	
<input type="checkbox"/> 5. 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 7. 平成	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	(フリガナ)	
		〒	
就 労 の 形 態			
<input type="checkbox"/> 81. 日本国内で自営業者であり、オランダ王国内で一時的(5年以内の見込)に同様の自営活動を行う(協定第7条4該当)			
<input type="checkbox"/> 80. 日本の事業所からオランダ王国内の事業所へ一時的(5年以内の見込)に派遣される(協定第7条1該当) (前回のオランダ王国内への派遣期間終了から1年以上経過している)			
<input type="checkbox"/> 80. 日本国内に住所がある被用者がオランダ船籍の海上航行船舶において就労する(事業主の所在する国が日本である) (協定第8条該当)			
<input type="checkbox"/> 83. 上記以外でオランダ王国内の事業所で就労するが、オランダ王国の制度が適用されることにより不利益を被る(協定第10条該当) *「備考」欄にどのような不利益を被るかを具体的に記入してください。			
一時就労開始年月日	就労終了予定年月日	左の期間中の国民年金の加入状況	
(西暦)年 月 日	(西暦)年 月 日	<input type="checkbox"/> 1. 日本国内に住所があり、強制加入 <input type="checkbox"/> 2. 任意加入(申出済)	
オランダ王国における就労先(事業所)の名称			
(カナ)			
(英数字)			
オランダ王国における就労先(事業所)の所在地			
(カナ)			
(英数字)			
オランダ王国における連絡先住所および電話番号			
(英数字)			
(TEL)			
備 考			

裏面を理解したうえで、上記のとおり申請します。

日本の事業主記入欄(被用者の場合のみ記入)	
上記内容は事実と相違ないことを証明します。	
〒	
(所在地)	
(名称)	
(事業主氏名)	(印)
(電話) () - () - ()	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
(印)

平成 年 月 日 提出

申請にあたっての留意点

この申請書は、国民年金の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、年金事務所に適用証明書の交付を申請するためのものです。

- a. 日本国内で自営業者であり、オランダ国内で一時的(5年以内の見込)に同様の自営活動を行う場合
- b. 事業主の命により、5年を超えないと見込まれる期間、オランダ国内で就労する場合
(前回のオランダ国内への派遣期間終了から1年以上経過している)
- c. 日本国内に住所がある被用者がオランダ船籍の海上航行船舶において就労する場合
- d. 上記のほか、オランダ国内で就労するが、オランダの社会保障制度のみに加入することにより不利益を被る場合

オランダ国内における就労が、①事業主の命によるものでない、または、②日本で行っている自営活動ではない場合は、この申請を行うことができません。

* ここでいう「適用証明書」とは、申請された就労に関して、社会保障協定に基づき日本の社会保障制度のみに加入する(オランダの社会保障制度の加入が免除される)根拠となる証明書です。

申請書の記入方法

「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」で記入してください。

被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

「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。

「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。日本における住所がない場合は、日本での最終の住所を記入してください。

「就労の形態」:

該当する番号のボックスをチェック(☑)してください。「83」に該当する場合は、「備考」欄に具体的状況およびオランダの社会保障制度のみに加入することとなることによってどのような不利益を被るかを必ず記入してください。

この場合には、オランダの担当機関との協議が必要となる場合があります。この協議は、「備考」欄に記入している内容により個別に行われます。なお、適用証明書を交付できるかどうかはオランダの担当機関との協議結果によります。

「一時就労開始年月日」および「就労終了予定年月日」:

オランダ国内において就労を開始する年月日および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。

社会保障に関する日本国とオランダ王国との間の協定の発効日(2009(平成21)年3月1日)においてすでにオランダ国内で就労を開始している場合には、「一時就労開始年月日」を「2009年3月1日」として記入してください。発効日から派遣が開始されたものと取り扱われます。

「日本の事業主記入欄」:

自営業者の方は記入は不要です。日本の事業所の被用者の方のみ、日本の事業主より申請内容について証明を受けてください。なお、事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

フォームを印刷

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日蘭社会保障協定 国民年金・国民健康保険 適用証明期間継続・延長申請書

◎ 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。

基礎年金番号		被保険者氏名	
		(フリガナ)	(ローマ字)
		(印)	
生年月日	性別	日本国における被保険者住所	
<input type="checkbox"/> 5. 昭和 年月日	<input type="checkbox"/> 1. 男	(フリガナ)	
<input type="checkbox"/> 7. 平成 年月日	<input type="checkbox"/> 2. 女	〒	
一時就労開始年月日	就労終了予定年月日(継続・延長後)		
(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日		
オランダ王国における就労先(事業所)の名称			
(カナ)			
(英数字)			
オランダ王国における就労先(事業所)の所在地			
(カナ)			
(英数字)			
期間延長の理由(具体的に記入してください)			
オランダ王国における連絡先住所および電話番号		備 考	
(英数字)			
(TEL)			

裏面を理解したうえで、上記のとおり申請します。

日本の事業主記入欄(被用者の場合のみ記入)	
上記内容は事実と相違ないことを証明します。	
(所在地)	
(名称)	
(事業主氏名)	(印)
(電話) () - () - ()	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
(印)

平成 年 月 日 提出

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国民年金の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、年金事務所
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. 自営業者が就労開始年月日から5年を超えない期間まで、オランダ国内での自営活動を継続すると見込まれる場合
- b. 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、オランダ国内で就労を継続すると見込まれる場合
- c. 何らかの事情で、自営業者が就労開始年月日から5年を超えてオランダ国内での自営活動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
- d. 何らかの事情で、派遣開始年月日から5年を超えて、オランダ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c.及びd.に該当する場合は、日本年金機構があらかじめオランダの実施機関との個別協議により合意を得ることが必要となる場合があります。

申請書の記入方法

「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」で記入してください。

被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

「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。

「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。日本における住所がない場合は、日本での最終の住所を記入してください。

「一時就労開始年月日」:

適用証明書交付申請書の申請時に記入した「一時就労開始年月日」(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。

「就労終了予定年月日」:

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。

「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。記入された内容をもとにオランダの実施機関と協議を行います。

「日本の事業主記入欄」:

自営業者の方は記入は不要です。日本の事業所の被用者の方のみ、日本の事業主より申請内容について証明を受けてください。なお、事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

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。

フォームを印刷

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日蘭社会保障協定 国民年金・国民健康保険 適用証明書再交付申請書

◎ 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。

基礎年金番号	生年月日 <input type="checkbox"/> 5. 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 7. 平成 年 月 日	一時就労開始年月日 (西暦) 年 月 日	協定相手国 (オランダ) 009
被 保 険 者 氏 名			性 別
(フリガナ)	(ローマ字)	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	
日本国における被保険者住所			
(フリガナ)			
〒			
オランダ王国における就労先(事業所)の名称			
(カナ)			
(英数字)			
オランダ王国における就労先(事業所)の所在地			
(カナ)			
(英数字)			
申請するに至った事由		備 考	
<input type="checkbox"/> 1. 減失 <input type="checkbox"/> 2. き損(き損した適用証明書を添付してください) <input type="checkbox"/> 3. 適用証明書の記載事項変更 <small>(変更する事項の欄に黒字で変更前の内容を記入のうえ、変更後の内容を赤字で追記してください)</small>			
オランダ王国における連絡先住所および電話番号			
(英数字)			
(TEL)			

上記のとおり申請します。

日本の事業所名称および所在地(被用者の場合のみ記入)	
上記内容は、事実と相違ないことを証明します。	
(所在地)	
(名称)	
(事業主氏名)	
(印)	
(電話) () - () - ()	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
(印)

平成 年 月 日 提出

フォームを印刷

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日・チェコ社会保障協定 国民年金・国民健康保険 適用証明書交付申請書

基礎年金番号		被保険者氏名	
		(フリガナ)	(ローマ字)
		(印)	
生年月日	性別	日本国における被保険者住所	
<input type="checkbox"/> 5.昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.男	(フリガナ)	
<input type="checkbox"/> 7.平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 2.女	〒	
就 労 の 形 態			
<input type="checkbox"/> 91. 日本国内で自営業者であり、チェコ共和国内で一時的(5年以内の見込)に同様の自営活動を行う(協定第7条4該当)			
<input type="checkbox"/> 90. 日本の事業所からチェコ共和国内の事業所へ一時的(5年以内の見込)に派遣される(協定第7条1該当)			
<input type="checkbox"/> 93. 上記以外でチェコ共和国内で自営業者として就労するが、チェコ共和国の制度が適用されることにより不利益を被る(協定第10条該当) *「備考」欄にどのような不利益を被るかを具体的に記入してください。			
<input type="checkbox"/> 93. 上記以外でチェコ共和国内の事業所で被用者として就労するが、チェコ共和国の制度が適用されることにより不利益を被る(協定第10条該当) *「備考」欄にどのような不利益を被るかを具体的に記入してください。			
一時就労開始年月日	就労終了予定年月日	左の期間中の国民年金の加入状況	
(西暦)年 月 日	(西暦)年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.日本国内に住所があり、強制加入 <input type="checkbox"/> 2.任意加入(申出済)	
チ エ コ 共 和 国 に お け る 就 労 先 (事 業 所) の 登 録 番 号 お よ び 名 称			
事業所登録番号		名称(カナ)	
		名称(英数字)	
チ エ コ 共 和 国 に お け る 就 労 先 (事 業 所) の 所 在 地			
(カナ)			
(英数字)			
チ エ コ 共 和 国 に お け る 連 絡 先 住 所 お よ び 電 話 番 号			
(英数字)			
(TEL)			
備 考			

裏面を理解したうえで、上記のとおり申請します。

日本の事業主記入欄(被用者の場合のみ記入)	
上記内容は事実と相違ないことを証明します。	
〒	
(所在地)	
(名称)	
(事業主氏名)	(印)
(電話) () - () - ()	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
(印)

平成 年 月 日 提出

申請にあたっての留意点

この申請書は、国民年金の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、年金事務所に適用証明書の交付を申請するためのものです。

- 日本国内で自営業者であり、チェコ国内で一時的(5年以内の見込)に同様の自営活動を行う場合
- 事業主の命により、5年を超えない見込まれる期間、チェコ国内で就労する場合
- 日本国内に住所がある被用者がチェコ船籍の海上航行船舶において就労する場合
- 上記のほか、チェコ国内で就労するが、チェコの社会保障制度のみに加入することにより不利益を被る場合

チェコ国内における就労が、①事業主の命によるものでない、または、②日本で行っている自営活動ではない場合は、この申請を行うことができません。

- * ここでいう「適用証明書」とは、申請された就労に関して、社会保障協定に基づき日本の社会保障制度のみに加入する(チェコの社会保障制度の加入が免除される)根拠となる証明書です。

申請書の記入方法

「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」で記入してください。

被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

「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。

「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。日本における住所がない場合は、日本での最終の住所を記入してください。

「就労の形態」:

該当する番号のボックスをチェック(☑)してください。「93」に該当する場合は、「備考」欄に具体的状況およびチェコの社会保障制度のみに加入することとなることによってどのような不利益を被るかを必ず記入してください。

この場合には、チェコの担当機関との協議が必要となる場合があります。この協議は、「備考」欄に記入している内容により個別に行われます。なお、適用証明書を交付できるかどうかはチェコの担当機関との協議結果によります。

「一時就労開始年月日」および「就労終了予定年月日」:

チェコ国内において就労を開始する年月日および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。

社会保障に関する日本国とチェコ共和国との間の協定の発効日(2009(平成21)年6月1日)においてすでにチェコ国内で就労を開始している場合には、「一時就労開始年月日」を「2009年6月1日」として記入してください。発効日から派遣が開始されたものと取り扱われます。

「チェコ共和国における就労先(事業所)の登録番号および名称」

チェコでの事業所の登録番号は、8桁で構成されています。登録番号が付されていない場合は、その旨を「備考」欄に記入してください。

「日本の事業主記入欄」:

自営業者の方は記入は不要です。日本の事業所の被用者の方のみ、日本の事業主より申請内容について証明を受けてください。なお、事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

フォームを印刷

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日・チェコ社会保障協定 国民年金・国民健康保険 適用証明期間継続・延長申請書

◎ 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。

基礎年金番号		被保険者氏名	
		(カナ)	(ローマ字)
		(印)	
生年月日	性別	日本国における被保険者住所	
<input type="checkbox"/> 5. 昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1. 男	(カナ)	
<input type="checkbox"/> 7. 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 2. 女	〒	
一時就労開始年月日	就労終了予定年月日(継続・延長後)		
(西暦)年 月 日	(西暦)年 月 日		
チェコ共和国における就労先(事業所)の登録番号および名称			
事業所登録番号		名称(カナ)	
		名称(英数字)	
チェコ共和国における就労先(事業所)の所在地			
(カナ)			
(英数字)			
期間延長の理由(具体的に記入してください)			
チェコ共和国における連絡先住所および電話番号		備 考	
(英数字)			
(TEL)			

裏面を理解したうえで、上記のとおり申請します。

日本の事業主記入欄(被用者の場合のみ記入)	
上記内容は事実と相違ないことを証明します。	
〒	
(所在地)	
(名称)	
(事業主氏名)	(印)
(電話) () - () - ()	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

(印)

平成 年 月 日 提出

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国民年金の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、年金事務所
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. 自営業者が就労開始年月日から5年を超えない期間まで、チェコ国内での自営活動を継続すると見込まれる場合
- b. 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、チェコ国内で就労を継続すると見込まれる場合
- c. 何らかの事情で、自営業者が就労開始年月日から5年を超えてチェコ国内での自営活動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
- d. 何らかの事情で、派遣開始年月日から5年を超えて、チェコ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c.およびd.に該当する場合は、日本年金機構があらかじめチェコ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る場合があります。

申請書の記入方法

「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」で記入してください。
被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

「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。

「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。日本における住所がない場合は、日本での最終の住所を記入してください。

「一時就労開始年月日」:

適用証明書交付申請書の申請時に記入した「一時就労開始年月日」(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。

「就労終了予定年月日」:

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。

「チェコ共和国における事業所の登録番号および名称」

チェコでの事業所の登録番号は、8桁で構成されています。登録番号が付されていない場合は、その旨を「備考」欄に記入してください。

「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。記入された内容をもとにチェコの担当機関と協議を行います。

「日本の事業主記入欄」:

自営業者の方は記入は不要です。日本の事業所の被用者の方のみ、日本の事業主より申請内容について証明を受けてください。なお、事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

送付書類

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。

フォームを印刷

所 長	副 所 長	課 長	担 当 者

日・チェコ社会保障協定 国民年金・国民健康保険 適用証明書再交付申請書

◎ 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。

基礎年金番号	生年月日 <input type="checkbox"/> 5. 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 7. 平成 年 月 日	一時就労開始年月日 (西暦) 年 月 日	協定相手国 (チェコ) 010
被保険者氏名 (カナ) (ローマ字)			性別 <input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女
日本国における被保険者住所 (カナ)			
チェコ共和国における就労先(事業所)の登録番号および名称 事業所登録番号 名称(カナ) 名称(英数字)			
チェコ共和国における就労先(事業所)の所在地 (カナ) (英数字)			
申請するに至った事由 <input type="checkbox"/> 1. 滅失 <input type="checkbox"/> 2. き損(き損した適用証明書を添付してください) <input type="checkbox"/> 3. 適用証明書の記載事項変更 (変更する事項の欄に黒字で変更前の内容を記入のうえ、変更後の内容を赤字で追記してください)		備 考	
チェコ共和国における連絡先住所および電話番号 (英数字) (TEL)			

上記のとおり申請します。

日本の事業所名称および所在地(被用者の場合のみ記入) 上記内容は、事実と相違ないことを証明します。 (所在地) 〒 (名称) (事業主氏名) (電話) () - () - ()	(印)
--	-----

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印 (印)

平成 年 月 日 提出

申請にあたっての留意点

この申請書は、国民年金の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、年金事務所に適用証明書の再交付を申請するためのものです。

- a.すでに交付された適用証明書を滅失した場合
- b.すでに交付された適用証明書をき損した場合
- c.すでに交付された適用証明書の記載内容に変更が生じた場合

申請書の記入方法

「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。

「一時就労開始年月日」:

適用証明書交付申請書の申請時に記入した「一時就労開始年月日」(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。

「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」で記入してください。

被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

「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。日本における住所がない場合は、日本での最終の住所を記入してください。

「チェコ共和国における就労先(事業所)の登録番号および名称」

チェコでの事業所の登録番号は、8桁で構成されています。登録番号が付されていない場合は、その旨を「備考」欄に記入してください。

「申請するに至った事由」:

該当する番号のボックスをチェック(☑)してください。「3. 適用証明書の記載事項変更」の場合は、変更する事項の欄に変更前の内容を黒字で記入のうえ、赤字で変更後の内容を記入してください。

なお、氏名を変更した場合には、氏名変更届を提出のうえ、この申請をしてください。日本国における被保険者住所を変更した場合は、住所変更届を提出のうえ、この申請をしてください。

「日本の事業所名称および所在地」:

自営業者の方は記入は不要です。日本の事業所の被用者の方のみ、日本の事業所および所在地を記入してください。事業主を経由してこの申請書を提出する場合には、事業主が押印してください。なお、事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

添付書類

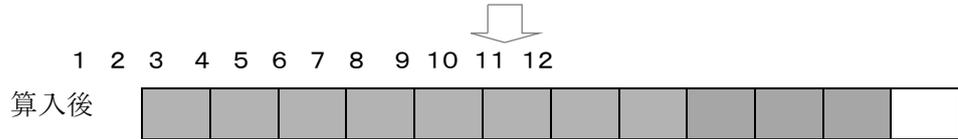
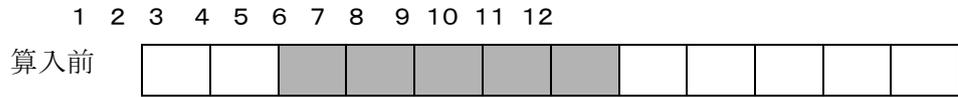
滅失による場合のほか、この申請書にすでに交付されている適用証明書を添えて提出してください。

合 衆 国

(イ) 期間が重複する場合

例: 厚生年金期間(平成16年3~7月)、合衆国期間が2クレジットある場合
 平成16年度1~2月、8~11月までに2クレジット(6月換算)を算入する。

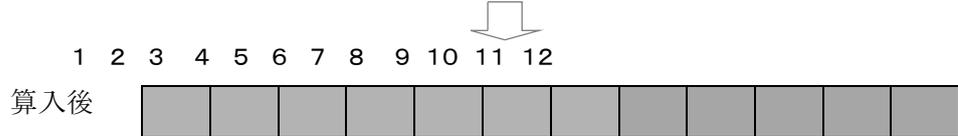
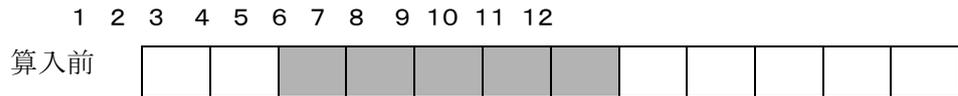
アメリカ期間 2クレジット



(ウ) 期間が重複する場合(重複して12月以上)

例: 厚生年金期間(平成16年3~7月)、合衆国期間が3クレジットある場合
 平成16年度1~2月、8~12月までに7月分を算入し、2月分は考慮しない。

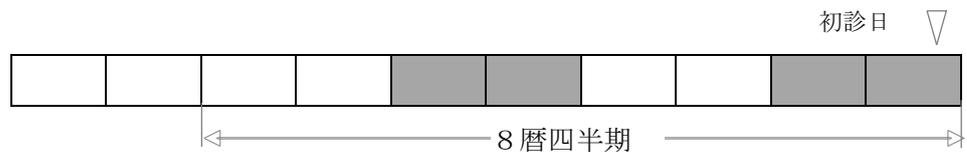
アメリカ期間 3クレジット



2. 初診日又は死亡日がアメリカ期間にある場合に日本期間と見なす場合の条件

アメリカの年金加入期間については、暦年における実際の就労月とは関連性を有していないため、下記のいずれかの条件を満たした場合のみ日本の年金制度に加入していたものとみなす。

(ア) 初診日又は死亡日が属する暦四半期までの8暦四半期中に、少なくとも4四半期分のクレジットが付与されていること。(4/8要件)



(イ) 初診日又は死亡日が属する暦四半期までの13暦四半期中に、少なくとも6四半期分のクレジットが付与されていること。(6/13要件)



合 衆 国	
<p><u>3. 相手国の年金申請及び留意事項</u></p>	
<p>(1) 請求書の種類</p>	<p>「合衆国年金の請求申出書」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 退職(家族年金を含む)、障害及び遺族(死亡一時金を含む)年金について使用する。 ・ アメリカ年金の請求申出内容を合衆国大使館領事部年金課に連絡するために提出を求めるものであり、「合衆国年金の請求申出書」に記入された情報は、渉外G経由で合衆国大使館領事部年金課に連絡され、記入された電話番号に正式な合衆国年金請求内容の聞き取りが、合衆国大使館領事部年金課の日本語を話せる職員から行われる。 <p>請求についての問い合わせは、合衆国大使館領事部年金課に行うことができる。 (電話番号:03-3224-5000)</p>
<p>(2) 添付書類</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 被保険者に配偶者や子がいる場合は、全員の生年月日が確認できる戸籍謄本(遺族年金の場合は死亡日が確認できることが必要)、被保険者のみの場合は戸籍抄本又はパスポートの写し。 ・ 年金手帳又は年金証書の写し ・ 共済組合員等の期間がある場合は、加入員番号を確認できるもの(組合員証等)の写し。 ・ 被保険者及び配偶者の合衆国の社会保障番号の確認できるもの(ソーシャルセキュリティカード等)の写し。
<p>(3) 請求の時期</p>	<p>受給権発生の3ヵ月前から請求可能。 (6ヶ月前まで遡及して支払い)</p>
<p>(4) 口頭申請</p>	<p>(ア) アメリカ年金は口頭による申請が可能。</p> <p>(イ) 口頭によるアメリカ年金の申請があった場合は、口頭申請受付簿に記載する。国際通算年金進達票及び口頭申請報告書を作成し、申請者本人であることを確認した書類(運転免許証の写し等)を添付し、渉外Gに進達する。なお、本人確認ができない場合は、受付をしないで、請求申出書を提出するように説明する。</p> <p>(ウ) 電話による口頭申請は行わないこととしているので、必ず最寄りの年金事務所等の窓口で申請するよう申請者に指導すること。</p> <p>＊ 口頭申請受付簿の作成 口頭申請受付簿は、申請者から聴取した事項を次により記載する。 口頭申請受付簿は年金事務所において保管すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 「受付番号」欄には、暦年ごとに「1」からの連番を記入すること。 ② 「口頭申請年月日」欄には、口頭により合衆国年金の請求を申出た年月日を記入すること。 ③ 「申請者氏名」欄には、申請する者の氏名を漢字、ひらがな、カタカナ、もしくはローマ字ブロック体により記入すること。 ④ 「死亡した者の氏名(遺族給付申請)」欄には、遺族給付の請求を申出た場合に死亡した者の氏名を漢字、ひらがな、カタカナもしくはローマ字ブロック体により記入すること。 ⑤ 「申請者の生年月日」、「死亡した者の生年月日(遺族給付申請の場合)」欄には、それぞれ

	合 衆 国
	<p>生年月日を和暦で記入すること。</p> <p>⑥ 「給付の種類」欄は、口頭で申請のあった年金給付の種類に○印を付すこと。</p> <p>⑦ 「被保険者の合衆国社会保障番号及び基礎年金番号」欄には、老齢・障害年金は申請者の番号を、遺族年金は死亡した者の番号を、申請者が番号をわかる場合に記入すること。わからない場合は不明と記入すること。2以上番号を有する場合はすべて記入すること。</p> <p>⑧ 「備考」欄には、申請者の連絡、口頭申請報告書の進達等経過を記入すること。</p> <p>* 口頭申請報告書の作成</p> <p>口頭による申請を受付けた場合に「口頭申請受付簿」に基づき作成し、「国際通算年金進達票」とともに年金機構へ進達する。なお、年金事務所の窓口で申請者本人であると確認したことを備考欄に記入すること。</p> <p>(5)同意書 「同意書(USA/J7)」</p> <p>合衆国から日本への情報(協定の実施のために必要な情報以外のもの)提供を行う際に本人から提出を受けるもの</p> <p>(6)その他 合衆国の退職年金は62歳から受給することができるが、満額受給年齢に達していない場合は月45時間を超える就労をしていないことが条件となる。</p> <p>請求申出者から繰り上げて請求したい旨の申出があった場合は、就労の有無を確認し、就労している場合は就労しなくなった後に請求するよう指導すること。</p>

ベルギー

1. 相手国期間

の通算

(1) 通算の対象となるベルギー期間

ベルギー協定に規定するベルギー保険期間とは、就労期間及び見なし期間である。保険期間は四半期単位でベルギーから提供される。

(ア) 就労期間

就労及び保険料を支払った期間

(イ) 見なし期間

疾病、出産休暇、兵役などの期間

(2) 通算の方法

(ア) ベルギー期間を日本年金の受給資格要件に通算する場合は、日本保険期間に相当するベルギー期間等を算入することになる。

日本年金制度	ベルギー年金制度
○ 厚生年金保険の被保険者期間 ○ 各共済組合の組合員等の期間 ○ 国民年金の保険料納付期間	ベルギー就労期間
○ 坑内員期間としての厚生年金保険の被保険者期間	ベルギー坑内員期間
○ 船員としての厚生年金保険の被保険者期間	ベルギー船員期間

(イ) ベルギー実施機関が証明した特定の四半期を、該当する日本の保険期間に換算して算入する

(ウ) 算入に際しては、日本の保険期間とは重複しない期間のベルギー保険期間を算入する。

(3) 具体例

(ア) 原則的なケース

例：ベルギー保険期間が第1四半期～第3四半期までである場合



(様式第136号-米)
第 号
平成 年 月 日

日本年金機構理事長 殿

年金事務所長

合衆国年金等法令に基づく年金給付の口頭申請報告書

表記について、下記の者より合衆国年金等法令に基づく年金給付の口頭による申請がありましたので報告します。

フリガナ	生 年 月 日		性 別
申請者氏名	明・大 昭・平 年 月 日		1 男 2 女
フリガナ	生 年 月 日		性 別
死亡した者の氏名	明・大 昭・平 年 月 日		1 男 2 女
フリガナ	申請者住所		
電話番号	TEL		
給付の種類	口頭申請年月日	基礎年金番号	
1 老 齢 2 障 害 3 遺 族	年 月 日		
合 衆 国 社 会 保 障 番 号 (不明な場合はその旨記入してください)			
申請者の 合衆国社会保障 番 号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
死亡した者の 合衆国社会保障 番 号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
備 考			

合衆国年金の請求申出書

Temporary Claim for U.S. Social Security Benefits

年金事務所等受付印
又は共済保険者受付印
Stamp of liaison agency

A 請求する合衆国年金の種類 / Type of U.S. Social Security Benefits Claimed

<input type="checkbox"/> 退職 / Retirement (家族年金を含む/Family benefits included)	<input type="checkbox"/> 障害 / Disability	<input type="checkbox"/> 遺族 / Survivors (死亡一時金含む/Lump-sum death payment included)
--	--	--

B 被保険者 / Worker / Contributor

平成 年 月 日 提出

被 保 険 者	①氏 Last name	カタカナ/Katakana letters ローマ字/Roman letters	②名 First name	カタカナ/Katakana letters ローマ字/Roman letters	
	③出生時の氏 Last name at birth	カタカナ/Katakana letters ローマ字/Roman letters	④生年月日 Date of birth	年 Y 月 M 日 D	
	⑥出生地 Place of birth	ローマ字/Roman letters	⑤性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男性/Male <input type="checkbox"/> 女性/Female	
	⑦死亡年月日 Date of Death	年 Y 月 M 日 D	⑩共済組合員等の期間 / Coverage under M.A.A. 共済組合等加入時の勤務先の名称 / Name of workplace		
	⑧合衆国社会保障番号 U.S. Social Security Number (SSN)	/ /		<input type="checkbox"/> 国共/National Gov' M.A.A. <input type="checkbox"/> 地共/Local Gov' M.A.A. <input type="checkbox"/> 私学/Private School M.A.	
	⑨基礎年金番号 Japanese Basic Pension Number	-			
	⑩日本の年金加入期間 Japanese periods of coverage	<input type="checkbox"/> あり/Has <input type="checkbox"/> なし/Does not have			

If the claimant is same as B above, please fill in only ①, ②, ③ and ④.

C 申請者 / Claimant (被保険者自身の場合は、①氏・②名・③住所・④電話番号のみ記入してください。)

申 請 者	①氏 Last name	カタカナ/Katakana letters ローマ字/Roman letters	②名 First name	カタカナ/Katakana letters ローマ字/Roman letters	⑤ Seal	
	③住所 Address	〒 カタカナ/Katakana letters ローマ字/Roman letters				
	④電話番号 Telephone number	() - () - ()				
	⑥生年月日 Date of birth	年 Y 月 M 日 D	⑦性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男性/Male <input type="checkbox"/> 女性/Female		
	⑧被保険者との続柄 Relationship to the worker	⑨合衆国社会保障番号 U.S. SSN		/ /		

D 配偶者または子 / Spouse or Child

配 偶 者	①氏 Last name	カタカナ/Katakana letters ローマ字/Roman letters	②名 First name	カタカナ/Katakana letters ローマ字/Roman letters
	③生年月日 Date of birth	年 Y 月 M 日 D	④出生地 Place of Birth	ローマ字/Roman letters
	⑤合衆国社会保障番号 U.S. SSN	/ /		
子	①氏 Last name	カタカナ/Katakana letters ローマ字/Roman letters	②名 First name	カタカナ/Katakana letters ローマ字/Roman letters
	③生年月日 Date of birth	年 Y 月 M 日 D		

備考 / Remarks	
--------------	--

《合衆国年金の仕組み等について》

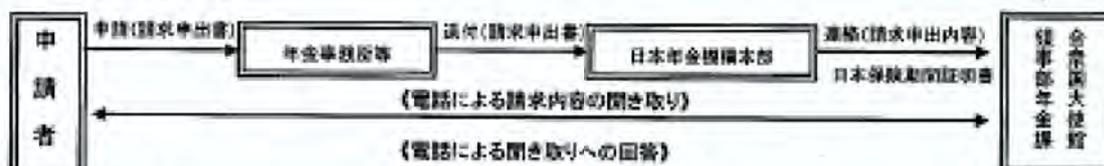
- 合衆国の年金制度の加入期間が1年6ヶ月（6クレジット）以上ある方が、日米両国の年金制度の加入期間を通算して10年以上になる場合は、合衆国の年金制度から退職年金を受けることができます。
- 合衆国の退職年金は、62歳から申請することができますが、満額受給年齢（Full Retirement Age）に達していない場合、月45時間を超える就労をしていないことが条件になります。満額受給年齢は生まれた年によって異なります。詳しくは日本年金機構のホームページ（<http://www.nonkin.go.jp>）をご参照ください。
- 通算による合衆国年金の申請は、年金事務所や年金相談センターの窓口で行うことができます。（共済組合員等期間がある方は、各共済組合の窓口でも行うことができます。）
- 合衆国の老齢年金の請求は、受給開始年齢到達月の3ヶ月前の初日から行うことができます。
- 満額受給年齢を超えている方が退職/遺族年金の申請をした場合、申請日から最高6ヶ月間（障害年金の場合は最高12ヶ月間）まで遡って受給することができますが、満額受給年齢未満の方の場合、申請日から遡っての受給はできませんのでご注意ください。

《この申出書を提出するに当たって》

この申出書は、あなたの合衆国年金の請求申出内容を、合衆国大使館領事部年金課にて連絡するためのものです。後日、記載いただいた電話番号に、正式な合衆国年金請求内容の聞き取りのため、合衆国大使館領事部年金課の日本語を話せる職員から、問い合わせがあります。

請求申出に際しては、請求申出書の記入内容、郵付書類及び日本保険期間証明書（日本年金機構本部で作成）が、合衆国大使館領事部年金課に送付されます。

合衆国年金請求に関するお問い合わせは合衆国大使館領事部年金課（電話番号 03-3224-5000 で年金課と申し出てください。音声回答の場合は氏名・電話番号を録音していただければ折り返し電話されます。）に行うことができます。



《記入上の注意》

- ・「氏名」及び「住所」は、カタカナ及びローマ字ブロック体で正確に記入してください。
- ・「生年月日」は、西暦で記入してください。
- ・「性別」は、該当する欄に☑印をつけてください。
- ・「合衆国社会保障番号」は、9ケタの数字を記入してください。
- ・「基礎年金番号」は、10ケタの数字を記入してください。
- ・「出生地」については、合衆国社会保障番号がわからないときに、国名及び県名又は州名まで記入してください。

【A欄について】

- ・今回請求する合衆国年金の種類に☑印をつけてください。なお、死亡一時金の請求の場合は、遺族年金の欄に☑印をつけてください。

【B欄について】

- ・①については、記入していただいた番号に基づいて、日本年金機構本部において日本保険期間証明書の作成をいたします。不明の場合には、作成することができない場合がありますので、必ず記入してください。
- ・②については、日本の年金加入期間の有無について、該当する欄に☑印をつけてください。
- ・③については、共済組合員等の期間がある方は、該当する共済組合制度（国家公務員共済組合法（国共）、地方公務員等共済組合法（地共）、または、私立学校教職員共済法（私学））に☑印をつけて、当該勤務先の名称を記入してください。

【C欄について】

- ・押印は、申請者が自ら署名する場合には不要です。
- ・申請者が被保険者自身の場合は、①氏、②名、③住所及び④電話番号に記入してください。（⑤～⑥の記入は不要です。）

【D欄について】

- ・子については、未婚であり、かつ18歳未満の子または22歳前に障害の状況になった子について記入してください。
- ・子が2人以上いる場合は「備考」欄に記入するか、別紙を添付して記入してください。

【必要な添付書類】

- ・被保険者に配偶者や子がいる場合は、全員の生年月日が確認できる戸籍謄本（遺族年金の場合は死亡日が確認できることが必要です）、被保険者のみの場合は戸籍抄本又はパスポートの写し。
- ・年金手帳又は年金証書の写し
- ・共済組合員等の期間がある場合は、加入者番号を確認することができるもの（組合員証等）の写し。
- ・被保険者及び配偶者の合衆国社会保障番号を確認することができるもの（ソーシャル・セキュリティカード等）の写しをお持ちの場合は添付してください。

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

J/USA4 米→日

保険期間確認請求書
 Claim for Verifying Period of Coverage

(Do not write in this space)

日本の照会番号 Japanese reference number

※日本保険者により記入される欄
 To be completed only by
 Japanese liaison agencies

日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Japanese Basic Pension Number or Number on Pension Handbook

合衆国社会保障番号 U.S. Social Security Number

※この請求書は、合衆国社会保障庁の窓口提出用です。
 This claim form is only for
 submission to the U.S. Social
 Security Administration.

Reason for the claim / 請求書作成事由

Japanese period of coverage was found upon filing a claim for U.S. Social Security benefit. (Article 5 of the Agreement)
 合衆国年金申請時に相手国期間が判明したことによる。(協定第5条)

Other than above (Specify) / 上記以外の場合 (使用する目的を下記に記入してください。)

1. Claimant / 申請者に関する情報

①Last name 氏	in Roman letters / ローマ字	②First name 名	in Roman letters / ローマ字
	in Katakana letters / カタカナ		in Katakana letters / カタカナ
③Sex 性別	<input type="checkbox"/> Male / 男 <input type="checkbox"/> Female / 女	④Date of birth 生年月日	Y / 年 M / 月 D / 日
⑤Address 住所	in Roman letters / ローマ字		
	in Katakana letters / カタカナ		
⑥Telephone number 電話番号			