

〈事業主確認用紙〉 / Formulaire de confirmation par l'employeur

1 被保険者氏名 /Travailleur assuré

1.1 氏 / Nom de famille 名 / Prénoms

2 労働災害に対する保険の加入 / Adhésion à une assurance accidents du travail

2.1 労働者災害補償保険の特別加入、労働保険番号及び承認番号 _____

Admission à titre particulier à l'Assurance pour l'indemnisation des accidents du travail, n°

2.2 労働者災害補償保険の特別加入に準ずる保険、契約番号等 _____

Assurance équivalente à une admission à titre particulier à l'Assurance pour l'indemnisation des accidents du travail, référence du contrat

2.3 上記 1 に記載した被保険者が労働者災害補償保険の特別加入又はこれに準ずる保険へ加入していることを確認しました。

Nous avons vérifié en outre que le travailleur détaché visés au cadre 1 est admis à titre particulier à l'Assurance pour l'indemnisation des accidents du travail, ou qu'il a souscrit une assurance privée équivalente à ladite assurance.

2.4 事業主氏名 / Nom et prénom de l'employeur _____

3 随伴する被扶養者 / Ayants droit qui accompagnent le travailleur

氏 / Nom de famille 名 / Prénoms 生年月日 / Date de naissance 続柄 / Lien de parenté

3.1 _____ / / _____

3.2 _____ / / _____

3.3 _____ / / _____

3.4 _____ / / _____

3.5 上記に記載した被扶養者が、日本の公的医療保険制度の加入を継続していることを、1 欄に記載した被保険者に確認しました。

L'assuré mentionné au point 1 nous a confirmé que les ayants droit visés ci-dessus demeurent couverts par l'assurance médicale publique japonaise durant leur séjour.

3.6 事業主氏名 / Nom et prénom de l'employeur _____