

日仏社会保障協定適用証明書交付申請書

1 21710	加入者番号					加入者氏名												生年月日							
	県コード	学種	学校番号	個人番号						フリガナ	23									39	年	月	日		
	基礎年金番号						漢字												3 昭和 4 平成						
	基礎年金番号						ローマ字												性別			1 男 2 女			
	下記のとおり申請します。																								
年 月 日 日本私立学校振興・共済事業団 理事長殿																									
日本での加入者住所																									
郵便番号						フリガナ																			
郵便番号						漢字																			
現在勤務している学校法人等の名称及び所在地																									
名称	フリガナ										所在地	フリガナ													
	漢字											漢字													
派遣する法人等（フランス共和国）の名称及び所在地																									
名称	フリガナ										所在地	フリガナ													
	仏語											仏語													
フランス共和国における事業所SIRET番号						-																			
46 01	派遣開始年月日									派遣終了年月日									*事業団記入欄						
	48 年 月 日 55									年 月 日									協定種別	派C	制度C		即	内	遡
	和暦（ 年）									和暦（ 年）									62	64	65	67	68	65	
フランス共和国領域内における就労形態																									
1 一時的(5年以内)な派遣による就労（前回のフランス共和国への派遣期間終了から1年以上経過している） 2 その他（ ）																									
備考																									
上記の申請は、事実と相違ないことを証明します。																									
年 月 日 所在地 名称 学校法人等 代表者名 電話番号																									

〈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 _____