

# 日・イタリア社会保障協定適用証明書交付申請書

1	加入者番号				加入者氏名												生年月日					
	21710	県コード	学種	学校番号	個人番号	フリガナ												39	年	月	日	
	11																	3	昭和			
	基礎年金番号				漢字												4	平成				
	基礎年金番号			-		ローマ字(※1)												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																		
			-		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	ローマ字(※1)					所在地	ローマ字(※1)															
	漢字					漢字																
派遣する法人等(イタリア)の名称及び所在地																						
名称	ローマ字(※1)					所在地	ローマ字(※1)															
イタリアにおける税務番号(※2)																						
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							
										62	3	64	65	67	68	65						
和暦( 年)						和暦( 年)																
イタリアの領域内における就労形態及び雇用関係																						
1 一時的(5年以内)な派遣による就労 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																						

※1 ローマ字は大文字ブロック体でご記入ください。

※2 イタリアにおける事業所の税務番号を左詰めで記入してください。