派遣教員医療補償制度　英文付保証明書申請フォーム

以下のとおり派遣教員医療補償制度の英文付保証明書を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 学校名 |  | 申請者  氏名 |  |
| 証明書の  発行希望理由 |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 発行対象者 （本人を含め対象者を漏れなく記入してください） | | | |
| 個人番号  （５桁） | 漢字氏名 | ローマ字氏名 | 本人との続柄  （いずれかを選択ください） |
|  |  |  | 本人 |
|  |  |  | 配偶者・家族 |
|  |  |  | 家族 |
|  |  |  | 家族 |
|  |  |  | 家族 |

|  |  |
| --- | --- |
| 証明書の発行方法  （いずれかを選択ください） | 家族で１通　　・　　個人ごとに１通ずつ |

（※一般的には証明書は１家族につき１通を発行しておりますが、個人ごとでの発行も可能です）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 証明書の送付方法　（送付方法は原則として①となります。希望する送付方法に必要な情報を記入ください） | | | |
| ① | ＰＤＦファイルを  E-mail送付 | E-mail |  |
| ② | 原本を郵送 | 送付先  住所・宛名 | 【宛名・住所】  【国名】 |
| TEL | 【国番号から】 |
| E-mail |  |

※①ＰＤＦファイルをE-mail送付の場合は受付後１週間程度で保険会社から英文の「付保証明書」を発行し、学校ごとに

取り纏めてメールにPDF添付して送付します。

※希望により②原本を郵送希望された場合は、郵便事情によっては到着までに時間を要する場合がありますので、予めご

了承ください）。