

日ルクセンブルク社会保障協定  
 CONVENTION DE SÉCURITÉ SOCIALE ENTRE LE JAPON  
 ET LE GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

日本の照会番号  
 Numéro de référence japonais

送 達 / 請 求 / 証 明 様 式 (日本の連絡票)  
 FORMULAIRE DE TRANSMISSION/DEMANDE/CERTIFICATION  
 (Formulaire de liaison par l'Agence japonaise de liaison)

<b>受取先: A L'ATTENTION DE</b> <input type="checkbox"/> Caisse Nationale d'Assurance Pension 国民年金保険基金 <input type="checkbox"/> Inspection Générale de la Sécurité Sociale 社会保障監査局 <input type="checkbox"/> Autre : その他 :		<b>送付元: DE LA PART DE</b> <input type="checkbox"/> Service de Pension du Japon 日本年金機構 <input type="checkbox"/> Fédération des Mutuelles des Fonctionnaires de l'Etat 国家公務員共済組合連合会 <input type="checkbox"/> Fédération des Mutuelles des Fonctionnaires des Collectivités Locales 地方公務員共済組合連合会 <input type="checkbox"/> Société pour la Promotion de l'Enseignement Privé et pour l'Entraide de son personnel 日本私立学校振興・共済事業団	
<b>I. 申請に関する情報 / INFORMATIONS SUR LA DEMANDE DE PENSION</b>			
A. 被保険者の氏名 Nom de la personne assurée	氏 / Nom de famille 名 / Prénom カナ / en lettres Katakana □-マ字 / en lettres alphabétiques		
B. 被保険者の性別 Sexe	<input type="checkbox"/> 男性 / Masculin <input type="checkbox"/> 女性 / Féminin		
C. 被保険者のルクセンブルクにおける 社会保障番号 Numéro d'identification personnel de la personne assurée au Luxembourg	----- - ---- - ----		
D. 被保険者の日本の基礎年金番号 Numéro de pension de base japonaise	----- - ---- - ----		
E. 申請者の氏名 Nom du demandeur	氏 / Nom de famille 名 / Prénom カナ / en lettres Katakana □-マ字 / en lettres alphabétiques		
F. 申請者のルクセンブルクにおける 社会保障番号 Numéro d'identification personnel au Luxembourg du demandeur	----- - ---- - ----		
G. 申請者の住所 Adresse du demandeur			
H. 請求された申請書の種類 Type de prestations demandées	<b>ルクセンブルク / LUXEMBOURG</b>		<b>日本 / JAPON</b>
退職 / 老齢給付 Retraite/Prestations de vieillesse	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
障害給付 Prestation d'invalidité	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺族給付 Prestations de survivants	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

I. 申請年月日 Date à laquelle la demande est déposée		(年/月/日 A/M/J) ( / / )	
<b>II. データの確認 / CONFIRMATION DES DONNÉES</b>			
A. 生年月日 Date de naissance	氏名 Nom et Prénom 氏/Nom de famille 名/Prénom	日付 (年/月/日) Date (A/M/J)	確認済 Confirmé
被保険者 Personne assurée	カナ/ en lettres Katakana □-マ字/ en lettres romaines	/ /	<input type="checkbox"/>
配偶者/寡婦 (寡夫) Époux(se) / Veuf(ve)	カナ/ en lettres Katakana □-マ字/ en lettres romaines	/ /	<input type="checkbox"/>
子 Enfant	カナ/ en lettres Katakana □-マ字/ en lettres romaines	/ /	<input type="checkbox"/>
子 Enfant	カナ/ en lettres Katakana □-マ字/ en lettres romaines	/ /	<input type="checkbox"/>
B. 被保険者の婚姻年月日 Date de mariage de la personne assurée		/ /	<input type="checkbox"/>
C. 被保険者の死亡日 Date de décès de la personne assurée		/ /	<input type="checkbox"/>
<b>III. 報告 / INFORMATION FOURNIE</b>			
A. 保険期間証明 (「日本の保険期間証明」) Enregistrement de la couverture (Certificat pour les périodes de couverture au Japon)		<input type="checkbox"/> 期間あり Périodes existantes	<input type="checkbox"/> 期間なし Aucune période existante
B. 診断書 Certificat médical		<input type="checkbox"/>	
C. 照会された情報 Information demandée concernant		<input type="checkbox"/> / / (年/月/日 A/M/J)	
D. 不服申立 Recours		<input type="checkbox"/> / / (年/月/日 A/M/J)	<input type="checkbox"/> 申立の内容 / Détails de l'appel
E. その他 (具体的に) / Divers (spécifier)		<input type="checkbox"/>	
<b>IV. 照会 / INFORMATION REQUISE</b>			
協定に基づく照会 Revendication en vertu de la Convention	<input type="checkbox"/> はい OUI	<input type="checkbox"/> いいえ (同意書添付) NON (CONSENTEMENT JOINT)	
A. 保険期間証明書 Données de la couverture		<input type="checkbox"/>	
B. その他 (具体的に) / Divers (spécifier)		<input type="checkbox"/>	
<b>V. 備考 / OBSERVATIONS</b>			
保険者の署名 / Signature		作成年月日 / Date (年/月/日 A/M/J)	