

社会保障に関する日本国とルクセンブルク大公国との間の協定

CONVENTION DE SÉCURITÉ SOCIALE ENTRE LE JAPON
ET LE GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

国民年金・厚生年金保険裁定請求書(老齢、障害を支給事由とする年金給付)

(共済組合への厚生年金保険裁定請求書兼用)

Demande de Pension Nationale/ Assurance

Pension pour Travailleurs salariés

(pour la Pension de Vieillesse /Pension d'invalidité)

(à utiliser également pour la demande de décision pour l'Assurance

Pension pour Travailleurs salariés auprès de l'Association d'Assistance mutuelle)

日本の照会番号

Numéro de référence japonais

※日本保険者により記入される欄
À remplir seulement par les
organismes de liaison japonais

ルクセンブルク実施機関記入欄
Utilisé par l'institution compétente
du Luxembourg

受付日が入ったスタンプ
Date de réception par l'institution
compétente du Luxembourg

この請求書は、ルクセンブルクの実施機関の窓口提出用です。
Ce formulaire est à soumettre uniquement à l'institution compétente du
Luxembourg.

日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号
Numéro de la pension de base japonaise ou numéro du
livret de pension

ルクセンブルクにおける個人識別番号
Numéro d'identification personnel au Luxembourg

申請のあった給付の種類 / Type de prestations revendiquées

老齢を支給事由とする年金 / Vieillesse

障害を支給事由とする年金 / Invalidité

1. 申請者に関する情報 / Demandeur

①氏 Nom de famille	□-マ字 / en lettres alphabétiques		②名 Prénom	□-マ字 / en lettres alphabétiques		
	カタカナ/en lettres Katakana	漢字/en caractères Kanji		カタカナ/en lettres Katakana	漢字/en caractères Kanji	
③性別 Sexe	<input type="checkbox"/> 男 / Masculin <input type="checkbox"/> 女 / Féminin		④生年月日 Date de naissance	年 / A	月 / M	日 / J
⑤住所 Adresse	□-マ字 / en lettres alphabétiques					
	カタカナ / en lettres Katakana					
⑥電話番号 (国番号、エリアコードを含む) Numéro de téléphone y compris l'indicatif régional et celui du pays						

2. 配偶者に関する情報 / Conjoint(e) du demandeur

①氏 Nom de famille	□-マ字 / en lettres alphabétiques		②名 Prénom	□-マ字 / en lettres alphabétiques		
	カタカナ/en lettres Katakana	漢字/en caractères Kanji		カタカナ/en lettres Katakana	漢字/en caractères Kanji	
③性別 Sexe	<input type="checkbox"/> 男 / Masculin <input type="checkbox"/> 女 / Féminin		④生年月日 Date de naissance	年 / A	月 / M	日 / J
⑤基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Numéro de la pension de base japonaise ou numéro du livret de pension						
⑥年収が850万円未満ですか Le revenu annuel est en dessous de ¥ 8.500.000 ?						
<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non						

3. 子に関する情報 / Enfant(s) du demandeur						
1	①氏 Nom de famille	□-マ字 / en lettres alphabétiques		②名 Prénom	□-マ字 / en lettres alphabétiques	
		カタカナ / en lettres Katakana	漢字 / en caractères Kanji		カタカナ / en lettres Katakana	漢字 / en caractères Kanji
1	③性別 Sexe	<input type="checkbox"/> 男 / Masculin <input type="checkbox"/> 女 / Féminin		④生年月日 Date de naissance	年 / A	月 / M
					日 / J	
⑤障害の状態にありますか / Enfant avec invalidité ?				<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non		
⑥年収が850万円未満ですか Le revenu annuel est en dessous de ¥8.500.000 ?				<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non		
2	①氏 Nom de famille	□-マ字 / en lettres alphabétiques		②名 Prénom	□-マ字 / en lettres alphabétiques	
		カタカナ / en lettres Katakana	漢字 / en caractères Kanji		カタカナ / en lettres Katakana	漢字 / en caractères Kanji
2	③性別 Sexe	<input type="checkbox"/> 男 / Masculin <input type="checkbox"/> 女 / Féminin		④生年月日 Date de naissance	年 / A	月 / M
					日 / J	
⑤障害の状態にありますか / Enfant avec invalidité ?				<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non		
⑥年収が850万円未満ですか Le revenu annuel est en dessous de ¥8.500.000 ?				<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non		

子の人数が3人以上の場合は、別紙にご記入いただきこの請求書に添付してください。 / Au cas où le demandeur a d'autres enfants, veuillez indiquer les informations de cette section les concernant sur une feuille de papier séparée, qui est à soumettre avec le formulaire de la demande.

4. 支払金融機関に関する情報 / Désignation d'une institution financière à laquelle les prestations seront envoyées			
①銀行の名前 Nom de la banque	②本店又は支店名 Siège social ou nom de la succursale		<input type="checkbox"/> 本店 / Siège social <input type="checkbox"/> _____ 支店 / succursale
③口座番号 Numéro du compte	④銀行の住所 Adresse de la banque	□-マ字 / en lettres alphabétiques カタカナ / en lettres Katakana	
⑤ルクセンブルクにある銀行への送金を希望する場合は、その銀行に関するSWIFTコード（8桁または11桁の英数字）を記入して下さい。 Si vous préférez la remise à une banque située au Luxembourg, veuillez remplir le code SWIFT (8 ou 11 chiffres)			
⑥ルクセンブルクにある銀行への送金を希望する場合は、その銀行に関するIBANコード（最大34桁の英数字）を記入して下さい。 Si vous préférez la remise à une banque située au Luxembourg, veuillez remplir le code IBAN (jusqu'à 34 chiffres)			

5. 申請者が現在受給している日本国の公的年金に関する情報 / Pension publique japonaise reçue par le demandeur			
1	申請者は既に日本国の公的年金を受給していますか。又は現在申請していますか。 Est-ce que le demandeur reçoit une pension publique japonaise ou demande-t-il actuellement une pension?		<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non
	①制度名 Nom du régime	②支給を受けることとなった年月日 Date de jouissance	年 / A 月 / M 日 / J
	③年金の種類 Type de pension	<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金 / Vieillesse <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金 / Invalidité <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金 / Survivants	

④年金コード又は年金証書の記号番号 Code pension ou numéro du brevet de pension							
配偶者は既に日本国の公的年金を受給していますか。又は現在申請していますか。 Est-ce que le conjoint du demandeur reçoit une pension publique japonaise ou demande actuellement une pension?		<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non					
2	①制度名 Nom du régime	②支給を受けることとなった年月日 Date de début de la pension	年 / A		月 / M		日 / J
③年金の種類 Type de pension		<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金/Vieillesse <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金/Invalidité <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金/Survivants					
④年金コード又は年金証書の記号番号 Code pension ou numéro du brevet de pension							

6. 日本の年金制度における保険加入期間に関する情報 / Histoire du demandeur concernant la couverture en vertu des régimes de pension japonais

日本の公的年金制度の加入経過を、できるだけ詳しく正確に記入してください。
Mentionnez votre histoire détaillée de couverture en vertu des régimes de pension publique japonaise aussi précisément que possible.

加入期間 (年/月/日) Période de couverture À partir du A/M/J au A/M/J	事業所 (船舶所有者) の名称及び船員であったときはその船舶名 / Nom du lieu de travail ou du propriétaire du navire, et celui du navire au cas où vous étiez membre de son équipage à bord	事業所(船舶所有者)の所在地又は国民年金加入時の住所 / Adresse du lieu de travail ou du propriétaire du navire, ou votre adresse lorsque vous étiez inscrit dans la Pension Nationale	加入していた年金制度等 (注) Régime de pension en vertu duquel vous étiez couvert (*)
/ / から			
/ / まで			
/ / から			
/ / まで			
/ / から			
/ / まで			
/ / から			
/ / まで			
/ / から			
/ / まで			
/ / から			
/ / まで			
/ / から			
/ / まで			

(注)

- 国民年金は「1」、厚生年金保険(船員保険・共済組合を除く。)は「2」、厚生年金(船員)保険は「3」、厚生年金保険(共済組合)は「4」を記入してください。
- 厚生年金保険(共済組合)「4」の場合は、加入した共済組合の名称もこの欄に記入してください。
- 婚姻等により、加入当時の氏名が現在の氏名と異なる場合は、この欄に加入当時の氏名を記入してください。
- 日本の永住権又は日本の国籍を取得しているもしくは有していた者は、永住権または日本国籍取得の証明書およびパスポートの写しを添付することにより、日本の法令

に基づいて加入期間として認定することが出来る場合がありますので留意ください。

(*)

- Indiquez le numéro de la manière suivante; "1" pour la Pension Nationale, "2" pour l'Assurance Pension pour Travailleurs Saliés (à l'exception de l'assurance des marins et d'Assistance Mutuelle), "3" pour l'Assurance Pension pour Travailleurs Saliés (marins) et "4" pour l'Assurance Pension pour Travailleurs Saliés (Association d'Assistance Mutuelle).
- Lorsque vous remplissez "4" pour l'Assurance Pension pour Travailleurs

<p>個人で保険料を納める第四種被保険者、船員保険の年金任意継続被保険者となったことがありますか。 Avez-vous déjà été une personne assurée de Type 4 en vertu de l'Assurance de Pension pour Travailleurs Salariés ou d'une personne assurée volontaire et continue dans l'assurance des marins?</p>	<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non			
<p>①被保険者の整理記号番号 Numéro du code référence de la personne assurée</p>				
<p>②保険料を納めた期間 Périodes durant lesquelles les cotisations d'assurance ont été payées</p>		年 / A	月 / M	日 / J
<p>③保険料を納めた年金事務所名 (社会保険事務所名) Nom du Bureau de la Direction du Service de pensions du Japon (Bureau de l'assurance sociale) à laquelle les cotisations d'assurance ont été payées</p>				
<p>④次の項目に該当しますか。 Veuillez répondre aux questions suivantes:</p>				
<p>国民年金、厚生年金保険、または共済組合等の障害給付の受給権者で国民年金の任意加入をした方については、特別一時金を受けたことがありますか。 Si vous recevez des prestations d'invalidité de la pension nationale, l'Assurance Pension pour Travailleurs Salariés ou la Pension de l'Association d'Assistance Mutuelle et vous avez été couvert volontairement sous la Pension Nationale, avez-vous reçu un paiement spécial forfaitaire ?</p>	<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non			
<p>昭和36年4月1日から昭和47年5月14日までに沖縄に住んでいたことがありますか。 Avez-vous été à Okinawa entre le 1er avril 1961 et le 14 mai 1972 ?</p>	<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non			

l'Association d'Assistance Mutuelle à laquelle vous appartenez.

- Veuillez mentionner également votre ancien nom dans cette colonne, si votre ancien nom est différent de votre nom actuel suite au mariage ou pour toute autre raison.

nationalité japonaise, veuillez indiquer que vous avez la possibilité d'avoir droit à la période de couverture en vertu de la législation japonaise en attachant une copie du certificat relatif à l'acquisition du droit de résidence permanente au Japon ou à la nationalité japonaise, ou une copie de votre passeport.

雇用保険に加入したことがありますか。 Avez-vous déjà été couvert par l'assurance-emploi japonaise ?	<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non
---	--

7. 障害を支給事由とする年金に関する情報 / Informations pour une demande de prestations d'invalidité																																																																																																						
1	<table border="1"> <tr> <td>請求の区分 Type de demande</td> <td> <input type="checkbox"/> ① 障害認定日による請求 Demande de prestations en raison de la survenance de l'invalidité, tout en continuant à contribuer </td> <td> <input type="checkbox"/> ③ 初めて障害等級の1級または2級に該当したことによる請求。 Demande de prestations en raison du fait que l'invalidité est considérée comme relevant du premier degré ou du deuxième degré d'invalidité pour la première fois </td> </tr> <tr> <td></td> <td> <input type="checkbox"/> ② 事後重症による請求 Demande de prestations en raison du degré avancé de l'invalidité </td> <td></td> </tr> </table> <p>②の場合、右欄の該当する番号を○で囲んでください。 Si ② ci-dessus s'applique, veuillez cercler le numéro applicable dans la colonne de droite</p> <p>1. 初診日から1年6月目の状態で請求した結果、不支給となった。 J'ai fait la demande sur base de la situation un an et six mois à compter du jour du premier examen médical, mais elle n'a pas été approuvée.</p> <p>2. 初診日から1年6月目の症状は軽かったが、その後悪化して症状が重くなった。 Les symptômes étaient moins sévères un an et six mois à compter du jour du premier examen médical, mais ils se sont aggravés par la suite et sont devenus sérieux.</p> <p>3. その他 (理由) Autres (raisons:)</p>	請求の区分 Type de demande	<input type="checkbox"/> ① 障害認定日による請求 Demande de prestations en raison de la survenance de l'invalidité, tout en continuant à contribuer	<input type="checkbox"/> ③ 初めて障害等級の1級または2級に該当したことによる請求。 Demande de prestations en raison du fait que l'invalidité est considérée comme relevant du premier degré ou du deuxième degré d'invalidité pour la première fois		<input type="checkbox"/> ② 事後重症による請求 Demande de prestations en raison du degré avancé de l'invalidité																																																																																																
請求の区分 Type de demande	<input type="checkbox"/> ① 障害認定日による請求 Demande de prestations en raison de la survenance de l'invalidité, tout en continuant à contribuer	<input type="checkbox"/> ③ 初めて障害等級の1級または2級に該当したことによる請求。 Demande de prestations en raison du fait que l'invalidité est considérée comme relevant du premier degré ou du deuxième degré d'invalidité pour la première fois																																																																																																				
	<input type="checkbox"/> ② 事後重症による請求 Demande de prestations en raison du degré avancé de l'invalidité																																																																																																					
2	<p>過去に日本国の公的年金の障害を支給事由とする年金を受給しましたか。 Avez-vous déjà reçu une pension publique japonaise pour invalidité?</p> <p><input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non</p> <table border="1"> <tr> <td>年金の名称 / Nom de la pension</td> <td></td> </tr> <tr> <td>年金コード又は年金証書の記号番号 Code de la pension ou numéro de brevet de pension</td> <td></td> </tr> </table>	年金の名称 / Nom de la pension		年金コード又は年金証書の記号番号 Code de la pension ou numéro de brevet de pension																																																																																																		
年金の名称 / Nom de la pension																																																																																																						
年金コード又は年金証書の記号番号 Code de la pension ou numéro de brevet de pension																																																																																																						
3	<p>傷病について / Concernant la maladie/la blessure</p> <table border="1"> <tr> <td>① 傷病名 / Nom de la maladie/la blessure</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>② 傷病の発生した日 / Date de survenance de la maladie / blessure</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>年 / A</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>月 / M</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>日 / J</td> </tr> <tr> <td>③ 初診日 Date du premier examen médical</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>年 / A</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>月 / M</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>日 / J</td> </tr> <tr> <td>④ 初診日において加入していた公的年金制度 Régime de pension publique par lequel vous étiez couvert à la date du premier examen médical</td> <td colspan="17"> <input type="checkbox"/> 国民年金 / Pension nationale <input type="checkbox"/> 厚生年金保険 / Assurance Pension pour Travailleurs salariés <input type="checkbox"/> 厚生年金保険(共済組合) / Assurance Pension pour Travailleurs salariés (Association d'Assistance Mutuelle) <input type="checkbox"/> ルクセンブルク年金制度 / Régime de pension du Luxembourg </td> </tr> <tr> <td>⑤ 症状が固定して治療の効果が期待できない場合は固定した日 Date à laquelle l'état de la maladie/blessure est devenu stable et aucune amélioration par traitement médical n'est prévisible</td> <td colspan="5"></td> <td colspan="3">年 / A</td> <td colspan="3">月 / M</td> <td colspan="4">日 / J</td> </tr> <tr> <td>⑥ 傷病の原因は職務上ですか。 La maladie/la blessure a été causée durant votre travail?</td> <td colspan="17"><input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non</td> </tr> </table>	① 傷病名 / Nom de la maladie/la blessure													② 傷病の発生した日 / Date de survenance de la maladie / blessure						年 / A						月 / M					日 / J	③ 初診日 Date du premier examen médical						年 / A						月 / M					日 / J	④ 初診日において加入していた公的年金制度 Régime de pension publique par lequel vous étiez couvert à la date du premier examen médical	<input type="checkbox"/> 国民年金 / Pension nationale <input type="checkbox"/> 厚生年金保険 / Assurance Pension pour Travailleurs salariés <input type="checkbox"/> 厚生年金保険(共済組合) / Assurance Pension pour Travailleurs salariés (Association d'Assistance Mutuelle) <input type="checkbox"/> ルクセンブルク年金制度 / Régime de pension du Luxembourg																	⑤ 症状が固定して治療の効果が期待できない場合は固定した日 Date à laquelle l'état de la maladie/blessure est devenu stable et aucune amélioration par traitement médical n'est prévisible						年 / A			月 / M			日 / J				⑥ 傷病の原因は職務上ですか。 La maladie/la blessure a été causée durant votre travail?	<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non																
① 傷病名 / Nom de la maladie/la blessure																																																																																																						
② 傷病の発生した日 / Date de survenance de la maladie / blessure						年 / A						月 / M					日 / J																																																																																					
③ 初診日 Date du premier examen médical						年 / A						月 / M					日 / J																																																																																					
④ 初診日において加入していた公的年金制度 Régime de pension publique par lequel vous étiez couvert à la date du premier examen médical	<input type="checkbox"/> 国民年金 / Pension nationale <input type="checkbox"/> 厚生年金保険 / Assurance Pension pour Travailleurs salariés <input type="checkbox"/> 厚生年金保険(共済組合) / Assurance Pension pour Travailleurs salariés (Association d'Assistance Mutuelle) <input type="checkbox"/> ルクセンブルク年金制度 / Régime de pension du Luxembourg																																																																																																					
⑤ 症状が固定して治療の効果が期待できない場合は固定した日 Date à laquelle l'état de la maladie/blessure est devenu stable et aucune amélioration par traitement médical n'est prévisible						年 / A			月 / M			日 / J																																																																																										
⑥ 傷病の原因は職務上ですか。 La maladie/la blessure a été causée durant votre travail?	<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non																																																																																																					

<p>⑦この傷病により右の制度から保険給付を受けられる又は請求中ですか。 Pour cette maladie /blessure, êtes-vous admissible pour réclamer des prestations en vertu de l'un des régimes énumérés sur la droite?</p>	<input type="checkbox"/> 労働基準法 / Loi sur les normes du travail <input type="checkbox"/> 船員保険法 / Loi sur l'assurance des marins		
	<input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法 / Loi sur l'assurance-indemnisation des Accidents du travail <input type="checkbox"/> 国家公務員災害補償法 / Loi sur l'assurance-indemnisation des Accidents des fonctionnaires de l'État <input type="checkbox"/> 地方公務員災害補償法 / Loi sur l'assurance-indemnisation des Accidents des collectivités locales <input type="checkbox"/> 公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する法律 / Loi sur l'indemnisation des accidents des médecins, dentistes et pharmaciens des écoles publiques		
<p>⑧ ⑦の制度から受けられるときはその種類 Type de prestations si vous êtes admissible à des prestations des régimes énumérés dans ⑦</p>	<input type="checkbox"/> 障害保障給付 (障害給付 / Allocation d'invalidité (prestations d'invalidité)) <input type="checkbox"/> 傷病補償給付 (傷病年金 / Prestations d'Invalidité (Pension d'invalidité))		
<p>支給の発生した日 Date de début de la prestation</p>	<p>年 / A</p>	<p>月 / M</p>	<p>日 / J</p>
<p>⑨傷病の原因は第三者行為によりますか。 La maladie/La blessure a été causée par un tiers?</p>	<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non		

8. 署名 / Déclaration du demandeur

私は、私の知る限りにおいて、本申請書に記載された情報は真正かつ完全であることを宣誓します。私はルクセンブルクの実施機関が有する本給付申請に関わる又は関わる可能性のある情報及び文書を同機関が日本の実施機関に提供することを認めます。

Je déclare que les renseignements qui figurent dans ce formulaire sont exacts et complets à ma connaissance. J'autorise l'institution compétente du Luxembourg à fournir aux institutions compétentes japonaises tous les informations et documents qui se rapportent ou pourraient se rapporter à cette demande de prestations.

申請者の署名:

Signature du demandeur: _____