

Erklärungen zum Ausfüllen des Antrags auf Volksrente / Arbeitnehmerrente 【国民年金・厚生年金保険裁定請求書 記入要領】
 Antrag auf Rente wegen Alters oder Invalidität 老齡、障害を支給事由とする年金給付

Die japanische Grundrentennummer oder Rentenbuch-Kennnummer steht auf der Benachrichtigung über die Grundrentennummer oder im Rentenbuch. 日本 の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号は基礎年金番号通知書又は年金手帳に書いてあります。

- Füllen Sie die Felder zu den Nummern ①, ② und ⑤ „in lateinischer Schrift“ und in Grosbuchstaben aus.
- Fullen Sie die Felder zu den Nummern ①, ② und ⑤ in „Katakana - Silbenschrift“ und „Kanji - Schrift“ aus.
- ①, ②, ⑤のローマ字は、大文字で記入してください。
- ①, ②, ⑤の「カタカナ」欄には、カタカナ及び漢字を記入してください。

Füllen Sie diesen Abschnitt aus, wenn ein Ehepartner vorhanden ist. „Ehepartner“ schließt Personen ein, die mit dem Antragsteller nicht standesamtlich getraut sind, aber de facto in einem der Ehe gleichstehenden Verhältnis zusammenleben. 配偶者がいるときに記入してください。なお、配偶者とは、婚姻の届出はしていないが、事実上あなたと婚姻関係と同様の事情にある方を含みます。

社会保障に関する日本国とドイツ連邦共和国との間の協定 D/J 1 独→日

Abkommen zwischen Japan und der Bundesrepublik Deutschland über Soziale Sicherheit

国民年金・厚生年金保険裁定請求書(老齡、障害を支給事由とする年金給付)
 (共済年金決定請求書兼用)

Antrag auf Volksrente/Arbeitnehmerrente (Rente wegen Alters oder Invalidität)
 (auch als Antrag auf Genossenschaftliche Rente)

日本の照会番号
 Japanische Antragsnummer

ドイツ保険者記入欄
 Vom deutschen Träger auszufüllen

※この請求書は、ドイツの保険者の窓口提出用です。
 Dieses Formular ist nur zur Vorlage an den zuständigen Träger in Deutschland zu verwenden.

※日本保険者により記入される欄
 Nur von japanischen Trägern auszufüllen

受付日が入ったスタンプ/
 Eingetragen am (Datum und
 Stempel des deutschen Trägers)

日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Japanische Grundrentennummer oder Rentenbuch-Kennnummer	被保険者のドイツの保険番号 Deutsche Versicherungsnummer	Kennzeichen
---	---	-------------

申請のあった給付の種類 / Art der beantragten Leistung

老齡を支給事由とする年金 / Rente wegen Alters 障害を支給事由とする年金 / Rente wegen Invalidität

1. 申請者に関する情報 / Personalien des Antragstellers

①氏名 Familienname カタカナ / in Katakana - Silbenschrift 漢字 / in Kanji Schrift	②名 Vorname カタカナ / in Katakana - Silbenschrift 漢字 / in Kanji Schrift
③性別 Geschlecht <input type="checkbox"/> 男 / Männlich <input type="checkbox"/> 女 / Weiblich	④生年月日 Geburtsdatum 年 / Jahr 月 / Monat 日 / Tag
⑤住所 Anschrift カタカナ / in Katakana - Silbenschrift	
⑥電話番号 (国番号、エリアコードを含む) Telefon einschließlich Landes- und Ortsvorwahl	

2. 配偶者に関する情報 / Personalien des Ehegatten

①氏名 Familienname カタカナ / in Katakana - Silbenschrift 漢字 / in Kanji Schrift	②名 Vorname カタカナ / in Katakana - Silbenschrift 漢字 / in Kanji Schrift
③性別 Geschlecht <input type="checkbox"/> 男 / Männlich <input type="checkbox"/> 女 / Weiblich	④生年月日 Geburtsdatum 年 / Jahr 月 / Monat 日 / Tag
⑤日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Japanische Grundrentennummer oder Rentenbuch-Kennnummer	
⑥年収が850万円未満ですか Liegen die jährlichen Einkünfte unter 8,5 Millionen Yen? <input type="checkbox"/> はい / Ja <input type="checkbox"/> いいえ / Nein	

1 / 4

Unter „Art der Beantragten Leistung“ kreuzen Sie die Art der Rente an, die Sie beantragen. 申請のあった給付の種類は、請求する年金をチェックしてください。

Schreiben Sie das Geburtsdatum mit einer vierstelligen Jahreszahl der westlichen Zeitrechnung. Beispiel: 1955 12 15
 年月日の年は西暦4桁を記入してください。
 例: 1955年12月15日

Füllen Sie diesen Abschnitt aus, wenn eines oder mehrere Kinder vorhanden sind.
„Kinder“ sind beschränkt auf Kinder bis zum ersten 31. März nach ihrem 18. Geburtstag oder Kinder mit einer Invalidität im Alter von weniger als zwanzig Jahren.

子がいるときに記入してください。子は18歳到達日以後の最初の3月31日までの間にある子又は障害の状態にある20歳未満の子に限ります。

Schreiben Sie den Namen des Geldinstituts und der Zweigstelle in lateinischen Großbuchstaben.
銀行の名前及び支店名はアルファベットの大字で記入してください。

-Schreiben Sie unter 5.1, ob der Antragsteller wegen Alters, Invalidität oder Todes eine Rente von einer japanischen öffentlichen Rentenanstalt usw. bezieht oder beantragt hat. Falls der Antragsteller eine solche Rente bezieht, tragen Sie den Namen und die Art der Rentenanstalt, das Datum, an dem die Leistungen begonnen haben und den Rentencode oder die Kennnummer des Rentenscheins ein. Falls Rente von mehreren öffentlichen Rentenanstalten bezogen wird, schreiben Sie die gleichen Informationen auf einen separaten Vordruck. Falls Renten von einer Genossenschaft usw. bezogen werden, schreiben Sie den Namen der Genossenschaft usw. in das Feld „Name der Anstalt“.

- Füllen Sie 5.2 auf dieselbe Weise wie oben für den Ehepartner aus.

- 5.1は申請者が日本国の公的年金制度等から老齢、障害又は死亡を支給事由とする年金を受給しているか又は申請しているか記入し、受給している場合は、その制度名、種類、受けることとなった年月日、年金コード又は年金証書の記号番号を記入してください。複数の公的年金を受給している場合は、別用紙に同様の情報を記入してください。なお、共済組合等から受けているときは、制度名には支給している共済組合等の名称を記入してください。

- 5.2は配偶者について上記と同じ要領で記入してください。

3. 子に関する情報 / Personalien der Kinder			
①氏名 Familienname カタカナ/In lateinischer Schrift	②姓 Vorname カタカナ/In lateinischer Schrift	ローマ字 / In lateinischer Schrift	
③性別 Geschlecht <input type="checkbox"/> 男 / Männlich <input type="checkbox"/> 女 / Weiblich	④生年月日 Geburtsdatum 年 / Jahr 月 / Monat 日 / Tag		
⑤障害の状態にありますか / Vorliegen einer Behinderung <input type="checkbox"/> はい / Ja <input type="checkbox"/> いいえ / Nein			
⑥年収が850万円未満ですか Liegen die jährlichen Einkünfte unter 8,5 Millionen Yen?		<input type="checkbox"/> はい / Ja <input type="checkbox"/> いいえ / Nein	
①氏名 Familienname カタカナ/In lateinischer Schrift	②姓 Vorname カタカナ/In lateinischer Schrift	ローマ字 / In lateinischer Schrift	
③性別 Geschlecht <input type="checkbox"/> 男 / Männlich <input type="checkbox"/> 女 / Weiblich	④生年月日 Geburtsdatum 年 / Jahr 月 / Monat 日 / Tag		
⑤障害の状態にありますか / Vorliegen einer Behinderung <input type="checkbox"/> はい / Ja <input type="checkbox"/> いいえ / Nein			
⑥年収が850万円未満ですか Liegen die jährlichen Einkünfte unter 8,5 Millionen Yen?		<input type="checkbox"/> はい / Ja <input type="checkbox"/> いいえ / Nein	
支払金融機関に関する情報 / Angaben zum Geldinstitut für die Zahlungsbüchwicklung			
①銀行の名前 Name der Bank	②口座番号 Kontonummer		
③本店又は支店名 Hauptbank oder Filiale <input type="checkbox"/> 本店 / Hauptbank <input type="checkbox"/> _____ 支店 / Filiale	④銀行の住所 Anschrift der Bank	ローマ字 / In lateinischer Schrift	
5. 現在、受給している日本国の公的年金に関する情報 / Angaben zu derzeit von japanischen öffentlichen Rentenanstalten bezogenen Leistungen			
申請者は既に日本国の公的年金を受給していますか、又は申請していますか。Besitzt der Antragsteller bereits eine Leistung einer japanischen öffentlichen Rentenanstalt oder ist eine solche Leistung beantragt? <input type="checkbox"/> はい / Ja <input type="checkbox"/> いいえ / Nein			
①名称 Name der Anstalt	②支給を受けることとなった年月日 Datum des Leistungsbeginns 年 / Jahr 月 / Monat 日 / Tag		
③年金の種類 Art der Rente <input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金 / Altersrente <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金 / Invaliditätsrente <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金 / Hinterbliebenenrente	④年金コード又は年金証書の記号番号 Rentencode bzw. Kennnummer des Rentenscheins		
申請者は既に日本国の公的年金を受給していますか、又は申請していますか。Besitzt der Ehegatte bereits eine Leistung einer japanischen öffentlichen Rentenanstalt oder ist eine solche Leistung beantragt? <input type="checkbox"/> はい / Ja <input type="checkbox"/> いいえ / Nein			
①名称 Name der Anstalt	②支給を受けることとなった年月日 Datum des Leistungsbeginns 年 / Jahr 月 / Monat 日 / Tag		
③年金の種類 Art der Rente <input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金 / Altersrente <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金 / Invaliditätsrente <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金 / Hinterbliebenenrente	④年金コード又は年金証書の記号番号 Rentencode bzw. Kennnummer des Rentenscheins		

Liste der öffentlichen Rentensysteme

- a) Volksrentengesetz
- b) Arbeitnehmerrentenversicherungsgesetz
- c) Seemannsversicherungsgesetz (der Zeitraum ab April 1986 ist ausgenommen)
- d) Gesetz über die genossenschaftlichen Vereinigungen für Staatsbeamte (einschließlich der Ausführungsgesetze zu Langzeitleistungen aus dem Zeitraum vor April 1986)
- e) Gesetz über die genossenschaftlichen Vereinigungen für Kommunalbeamte usw. (einschließlich der Ausführungsgesetze zu Langzeitleistungen aus dem Zeitraum vor April 1986)
- f) Gesetz über die genossenschaftliche Hilfe für Personal von privaten Schulen
- g) Gesetz über die genossenschaftlichen Vereinigungen für Personal von Organisationen der Land- und Forstwirtschaft und der Fischerei
- h) Pensionsgesetz
- i) Verordnungen über die Altersrente von Kommunalbeamten
- j) Genossenschaftliche Vereinigung des Werks Yawata der Firma Nippon Steel, Co.
- k) Paragraph 13 der Zusatzbestimmungen zum Gesetz über Gerichtsvollzieher
- l) Gesetz über Sondermaßnahmen für Personen, die eine Rente von auf alten Verordnungen beruhenden genossenschaftlichen Vereinigungen beziehen
- m) Beihilfengesetz für Hinterbliebene von Kriegsgeschädigten und Kriegssopfern

公的年金制度一覧

- ア 国民年金法
- イ 厚生年金保険法
- ウ 船員保険法 (1986年4月以後を除く)
- エ 国家公務員共済組合法 (1986年4月前の長期給付に関する施行法を含む)
- オ 地方公務員等共済組合法 (1986年4月前の長期給付に関する施行法を含む)
- カ 私立学校教職員共済法
- キ 農林漁業団体職員共済組合法
- ク 恩給法
- ケ 地方公務員の退職年金に関する条例
- コ 日本製鉄八幡共済組合
- サ 執行官法附則第13条
- シ 旧令による共済組合等からの年金受給者のための特別措置法
- ス 戦傷病者戦没者遺族等援護法

Wenn keine genauen Angaben möglich sind, schreiben Sie nur das Jahr und den Monat oder machen Sie Angaben wie z. B. „bis zum Sommer“ und die entsprechende Jahreszahl.

詳しくわからないときでも、年月まであるいは何年の夏までといったように記入してください。

- Die Versicherungszeiten tragen Sie bitte in zeitlicher Reihenfolge geordnet ein, beginnend mit dem ersten Eintritt des Antragstellers in ein öffentliches japanisches Rentensystem.

- Falls sich während der Mitgliedschaft in der Volksrentenversicherung Ihre Anschrift geändert hat, geben Sie zusätzlich zu den Anschriften auch die Zeiträume an, für die diese Anschriften gelten.

- Falls sich während der Mitgliedschaft in einer Rentenversicherung für Angestellte usw. der Name oder die Anschrift des Betriebes geändert haben oder, falls Sie den Betrieb gewechselt haben, geben sie für jeden Betrieb usw. den Namen, die Anschrift, den Zeitraum und das Rentensystem an, in dem Sie Mitglied waren.

- 加入期間は、請求者が初めて日本国の 公的年金制度に加入したときから古い順に記入してください。

-国民年金の加入期間中に住所を変更したときは、住所および住んでいた期間が分かるように記入してください。

- 厚生年金保険等の加入期間中に事業所の名称変更や所在地の変更、転勤があったときは、それぞれの事業所等について名称、所在地、期間、加入していた年金制度を記入してください。

6. 日本の保険加入期間に関する情報 / Angaben zu Versicherungszeiten in den japanischen Rentensystemen

日本の公的年金制度の加入経歴を、できるだけ詳しく正確に記入してください。
Der Verlauf der Versicherung von Ihnen oder des Verstorbenen in den japanischen öffentlichen Rentensystemen ist möglichst genau anzugeben.

加入期間(年/月/日) Mitgliedschaftsdauer Jahr / Monat / Tag	von Jahr / Monat / Tag	bis	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 / Name des Betriebes (ggf. des Schiffseigners) sowie der Name des Schiffes, falls Sie oder der Verstorbene Besatzungsmitglied eines Schiffes waren	事業所(船舶所有者)の所在地又は国民年金加入時の住所 / Sitz des Betriebes (ggf. des Schiffseigners) oder Anschrift, falls Sie oder der Verstorbene Besatzungsmitglied eines Schiffes waren der Zugehörigkeit zur Volksrentenversicherung	加入していた年金制度等(注) For Sie oder den Verstorbenen zuständiges Rentensystem (Anm.)(*)
/ / 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			
/ / から	/ /	まで			
/ / から	/ /	まで			
/ / から	/ /	まで			

(注) ① 国民年金は「1」、厚生年金保険は「2」、厚生年金(船員)保険は「3」、共済組合は「4」を記入してください。
② 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。
③ 船員等により、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。

(*) - Geben Sie die Nummer bitte wie folgt an: "1" für die National Pensions, "2" für die Rentenversicherung für Arbeitnehmer, "3" für die Arbeitnehmerrente (Seelute) und Versicherungs, "4" für die Mutual Aid Pension (bitte den Namen der Mutual Aid Pension angeben).
- Bei Eheschließung oder Namenswechsel bitte den früher geführten Namen angeben

最後に勤続した事業所又は現在勤務している事業所について Letzter Arbeitgeber	①名称 Bezeichnung
② 健康保険の被保険者番号の記号番号(わかれば記入) Codenummer des Versicherenausweises der Krankenversicherung (falls bekannt)	
個人で保険料を納める前払被保険者、船員保険の年金被保険者となったことがありますか。 Freiwillige Versicherung, "Typ 4" oder freiwillige Weiterversicherung in der Rentenversicherung der Seelute	<input type="checkbox"/> はい / Ja <input type="checkbox"/> いいえ / Nein
③ 前払被保険者の保険証番号 Verwaltungscode Nummer des Versicherten	
④ 保険料を納めた期間 Zeitraum der Beitragsleistungen	年 / Jahr 月 / Monat 日 / Tag 日 / von 日 / bis
⑤ 保険料を納めた年金事務所名(社会保険事務所) Name der „Branch Office of Japan Pension Service“ (Social Insurance Office) der Präfecturverwaltung, an die die Beiträge gezahlt wurden	

3/4

Tragen Sie die entsprechende Nummer des unter diesem Abschnitt aufgelisteten Rentensystems ein.
欄外の該当する年金制度の番号を記入してください。

- Falls keine genauen Angaben bekannt sind, schreiben Sie den Namen des Kreises, der Stadt und des Bezirks.
- Einzutragen ist der die örtliche Zuständigkeit für die Rentenversicherung begründende Sitz des Arbeitgebers. Falls Sie zum Beispiel in Osaka gearbeitet haben, für die Rentenversicherung Ihres Arbeitgebers aber einheitlich aufgrund des Hauptsitzes in Tokio das "Branch Office of Japan Pension Service" (Social Insurance Office) Tokio zuständig war, tragen Sie die Anschrift des Hauptsitzes Ihres Arbeitgebers in Tokio ein.

- 詳しくわからないときでも、郡市区名までは記入してください。
- また、実際には大阪で勤務していたが、厚生年金保険は東京の本社などで一括して東京の年金事務所(社会保険事務所)に届け出ていたようなときは、東京の本社の所在地を記入するといったように、厚生年金保険の適用があったところの所在地を記入してください。

- Tragen Sie den Namen so ein, wie er bei Ihrem Eintritt in die Versicherung dem „Branch Office of Japan Pension Service“ (Social Insurance Office) gemeldet wurde.
- Schreiben Sie nicht nur den Firmennamen, sondern auch den Namen des Zweigbetriebes, der Zweigstelle, des Zweigbüros, Geschäftsbüros oder des Werkes, wie z. B. „Firma A AG, Zweigstelle Tokio“.
- Für genossenschaftliche Vereinigungen füllen Sie die Felder auf die gleiche Weise aus. Falls bekannt, schreiben Sie die japanischen Namen.

- 被用者年金制度に加入していたときに年金事務所(社会保険事務所)に届出された正式な名称を記入してください。
- また、社名などだけではなく、A株式会社東京支店というように、支社、支店、出張所、営業所、工場名などについても記入してください。
- なお、共済組合等についても同様に記入します。日本語がわかる場合は日本語名で記入してください。

Füllen Sie diesen Abschnitt aus, wenn Sie einen Antrag auf Rente wegen Invalidität stellen.
障害を支給事由とする年金を申請する方が記入します。

Unterschreiben Sie auf der Linie.
 Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie der Antragsteller sind, und dass die von Ihnen gegebenen Informationen der Wahrheit entsprechen.

Ferner ermächtigen Sie den zuständigen deutschen Träger dem zuständigen japanischen Träger Daten zu übermitteln, die zur Prüfung des Bezugs der von Ihnen beantragten japanischen Rentenleistung erforderlich sind.

下線部に署名をしてください。
 署名に際して、あなたは申請書で提供した情報が真実であることを証明します。

あなたはドイツの実施機関に対し、あなたが申請している日本年金の給付を受ける資格に影響を与えうる情報を日本の実施機関に提供する権限を与えます。

7. 障害を支給事由とする年金に関する情報 / Angaben zur Rente wegen Invalidität	
1 請求の区分 Antragsgrund	<input type="checkbox"/> ① 障害認定日による請求 Antrag gemäß dem „Tag der Feststellung der Invalidität“ <input type="checkbox"/> ② 事後重症による請求 Antrag wegen nachfolgend eingetretener schwerer Leiden
②の場合、過去に①による請求をしたことがありますか。 Wurde ein Antrag nach Punkt ① bereits früher gestellt?	
<input type="checkbox"/> はい / Ja <input type="checkbox"/> いいえ / Nein	
2 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。 Wurde in der Vergangenheit von einer japanischen öffentlichen Rentenanstalt Rente wegen Invalidität bezogen?	<input type="checkbox"/> はい / Ja <input type="checkbox"/> いいえ / Nein
年金の名称 / Bezeichnung der Rente 年金コード又は年金証書の記号番号 Rentencode der Rente bzw. Kennnummer des Rentenscheins	
3 傷病について / Angaben zum Leiden	
① 傷病名 / Bezeichnung des Leidens	
② 傷病の発生した日 / Tag des Eintritts des Leidens	
③ 初診日 / Tag der Erstuntersuchung	
④ 初診日において加入していた公的年金制度 / Versicherungszugehörigkeit am Tag der Erstuntersuchung	
<input type="checkbox"/> 国民年金 / Volkrente <input type="checkbox"/> 厚生年金保険 / Arbeitnehmerrente <input type="checkbox"/> 共済組合 / Genossenschaftliche Rentenanstalten <input type="checkbox"/> ドイツ年金制度 / Deutsche Rentenversicherung	
⑤ 症状が固定して治療の効果は期待できない場合は固定した日 / Falls das Leiden dauerhaft ist und keine Aussicht auf Besserung durch Behandlung besteht: Tag des Eintritts der dauerhaften Invalidität	
⑥ 傷病の原因は職務上ですか。 / Leiden durch Berufstätigkeit verursacht	
<input type="checkbox"/> はい / Ja <input type="checkbox"/> いいえ / Nein	
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。 / Werden aufgrund des Leidens nach einem der nachstehenden Gesetze Versicherungsleistungen bezogen oder sind solche Leistungen beantragt?	
<input type="checkbox"/> 労働基準法 / Arbeitsnarrgesetz <input type="checkbox"/> 船員保険法 / Seemannsversicherungsgesetz <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法 / Gesetz über Arbeiterunfallversicherung <input type="checkbox"/> 国家公務員災害補償法 / Gesetz über die Unfallversicherung von Staatsbeamten <input type="checkbox"/> 地方公務員災害補償法 / Gesetz über die Unfallversicherung von Präfixar- und Kommunalbeamten <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 / Gesetz zur Dienstunfallentschädigung von Schulärzten, Schulzahnärzten und Schulpharmazeuten an öffentlichen Schulen	
⑧ ①の制度から受けられるときはその種類 / Art der von einem System gemäß ⑦ erhaltenen Leistungen	
<input type="checkbox"/> 障害給付 (障害給付) / Invaliditätsgleichleistung (Invaliditätsleistung) <input type="checkbox"/> 傷病補償給付 (傷病年金) / Leidensausgleichsleistung (Krankenrente)	
支給の発生した日 / Beginn der Leistung	
⑨ 傷病の原因は第三者行為によりますか。 / Sind die Leiden durch Dritte verursacht?	
<input type="checkbox"/> はい / Ja <input type="checkbox"/> いいえ / Nein	
8. 署名 / Unterschrift des Antragstellers	
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言します。私はドイツ保険者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。 Ich erkläre, dass die von mir in diesem Vordruck gemachten Angaben richtig und vollständig sind. Ich ermächtige die deutschen zuständigen Träger den japanischen zuständigen Instanzen alle Informationen und Dokumente zu übermitteln, die sich auf diesen Antrag beziehen oder beziehen könnten.	
申請者の署名 Unterschrift des Antragstellers _____	

Unter 7.1 kreuzen Sie an, ob Sie den Antrag gemäß dem „Tag der Feststellung der Invalidität“ oder wegen nachfolgend eingetretener schwerer Leiden stellen.

① Antrag gemäß dem „Tag der Feststellung der Invalidität“
 Leistungen wegen Invalidität können bezogen werden, wenn ein Jahr und sechs Monate nach dem Tag der ersten ärztlichen Untersuchung einer Krankheit oder Verletzung (Tag der ersten medizinischen Untersuchung) ein bestimmter Invaliditätsgrad besteht (falls die Krankheit oder Verletzung während dieses Zeitraums geheilt wurden, gilt der Tag der Heilung). (Allerdings ist ein bestimmter Qualifizierungszeitraum erforderlich.)

② Antrag wegen nachfolgend eingetretener schwerer Leiden
 Leistungen wegen Invalidität können auf eigenen Antrag von Personen bezogen werden, auf die ① nicht zutrifft, aber bei denen nachfolgend eingetretene Leiden sich verschlechtert haben, so dass ein bestimmter Invaliditätsgrad besteht. Allerdings muss der Antrag vor dem 65. Geburtstag gestellt werden. Die Leistungen werden ferner von dem Monat an gezahlt, der dem Antrag auf Rente folgt.

7. 1は、障害認定日による請求又は事後重症による請求のいずれか該当する欄をチェックしてください。

① 障害認定日による請求
 障害給付は、病気又はケガによって初めて医師の診療を受けた日(初診日)から1年6ヶ月目(その期間内に治ったときにはその日)に一定の障害の状態があるときに受けられます。(ただし、一定の資格期間が必要です。)

② 事後重症による請求
 ①に該当しなかった方でもその後病状が悪化し、一定の障害の状態になったときには本人の請求により障害給付が受けられます。ただし、請求は65歳前に行わなければいけません。
 また、年金は請求した月の翌月分から支給されます。