



B Angaben zur Person des Hinterbliebenen  
(Witwe/Witwer)  
Personalien zur Person der Waise in Abschnitt J  
eintragen

遺族に関する事項  
(寡婦 / 寡夫)  
遺児に関する事項は J 項に記入してください。

1	Familienname		氏
2	Geburtsname		出生時の氏
3	Vornamen (Rufnamen unterstreichen)		名 (下線は通常使用の名)
4	Geburtsdatum	Tag/日   Mona/月   Jahr/年	生年月日
5	Staatsangehörigkeit		国籍
6	Deutsche Versicherungsnummer (falls bekannt)		ドイツの保険番号 (既知である場合)
7	Anschrift		住所
8	Tag der Eheschließung mit dem Versicherten	Tag/日   Mona/月   Jahr/年	被保険者との婚姻年月日
9	Bestand diese Ehe noch im Zeitpunkt des Todes des Versicherten?	nein   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	被保険者死亡時にはこの婚姻はまだ 継続されていましたか?
	falls „nein“:  Tag der Beendigung der Ehe	Tag/日   Mona/月   Jahr/年	「いいえ」の場合  婚姻解消日
10	Haben Sie sich nach dem Tod des Versicherten wieder verheiratet?	nein   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	被保険者の死亡後に新たに婚姻しま したか?
	falls „ja“:  Tag der Wiederheirat	Tag/日   Mona/月   Jahr/年	「はい」の場合  再婚日

C Beantragte Leistungsart

申請した給付の種類

1	Witwenrente/Witwerrente	<input type="checkbox"/>	寡婦年金 / 寡夫年金
2	Waisenrente (Abschnitt J ist auszufüllen)	<input type="checkbox"/>	遺児年金 (J 欄を記入してください)
3	Witwenrente/Witwerrente an vor dem 01.07.1977 geschiedene Ehegatten (bitte Scheidungsurteil beifügen)	<input type="checkbox"/>	1977 年 7 月 1 日以前に離婚した配 偶者に対する寡婦年金 / 寡夫年金 (離婚判決書を添付してください)
4	Erziehungsrente (wegen Erziehung eines Kindes nach dem Tod des geschiedenen Ehegatten nur bei Eheauflösung nach dem 30.06.1977)	<input type="checkbox"/>	育児年金 (離婚した配偶者の死亡後の育児を事 由として、婚姻解消が 1977 年 6 月 30 日以降である場合においてのみ)

Weitere Angaben zur Leistungsart  
Nur ausfüllen, falls die Witwe oder der Witwer noch  
nicht das 45. Lebensjahr vollendet hat.

給付の種類に関するその他の事項  
寡婦あるいは寡夫が 45 才未満で  
ある場合にのみ記入してください

Wird mindestens ein Kind, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, erzogen oder wird für ein behindertes Kind gesorgt? Falls „ja“: bitte Namen und Geburtsdatum angeben	nein   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	18 才未満の子を少なくとも一人育児 していますか、あるいは身体障害の 子を扶養していますか?
	Tag/日   Mona/月   Jahr/年	「はい」の場合: 名前と生年月日を記入してください
Halten Sie sich für erwerbsgemindert?	nein   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	自分の稼働能力が減少した と思いますか?

D Angaben zur Ausbildung des Versicherten

被保険者の学歴に関する事項

1 Welche allgemeinbildenden Schulen (z. B. Volksschule, Gymnasium) hat der Versicherte besucht? Art der Schulausbildung  in (Land, Ort)  vom - bis			被保険者はどの普通校に行きましたか (例、国民学校、ギムナジウム)?  学校教育の種類  場所 (国名、市町村名)  期間
2 Hat der Versicherte eine betriebliche Lehrzeit absolviert?  Art der Lehrzeit  in (Land, Ort)  vom - bis  Abschluß am	nein <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	被保険者は企業で職業訓練を受けましたか?  職業訓練の種類  場所 (国名、市町村名)  期間  修了日
	ja <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	
	Tag/B	Mona/V月	
3 Hat der Versicherte eine Fachschule besucht?  in (Land, Ort)  vom - bis  Abschluß am	nein <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	被保険者は専門学校に行きましたか?  場所 (国名、市町村名)  期間  修了日
	ja <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	
	Tag/B	Mona/V月	
4 Hat der Versicherte eine Hochschule besucht?  in (Land, Ort)  vom - bis  Abschluß am	nein <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	被保険者は大学に行きましたか?  場所 (国名、市町村名)  期間  修了日
	ja <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	
	Tag/B	Mona/V月	

E Zeiten der Kindererziehung

育児期間

1 Hat der Versicherte ein Kind in den ersten 36 (12*) Kalendermonaten nach der Geburt erzogen? Falls „ja“: Bitte Fragen 2 und 3 beantworten.	nein <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	被保険者はこの過去 36 (12*) 暦月において育児に携わりましたか?  「はい」の場合 質問 2 と 3 に答えてください
	ja <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	
2 Welche Kinder wurden erzogen?			どの子供の育児に携わりましたか?
	Name, Vorname / 氏、名	Geburtsdatum / 生年月日	Geburtsort und Staat / 出生地及び国名
1. Kind / 1 子		Tag/B    Mona/V月    Jahr/年	
2. Kind / 2 子		Tag/B    Mona/V月    Jahr/年	
3. Kind / 3 子		Tag/B    Mona/V月    Jahr/年	
4. Kind / 4 子		Tag/B    Mona/V月    Jahr/年	
5. Kind / 5 子		Tag/B    Mona/V月    Jahr/年	
6. Kind / 6 子		Tag/B    Mona/V月    Jahr/年	
Falls Raum nicht ausreicht, bitte Einlegeblatt benutzen / 記入欄が足りない場合には別の用紙を使用してください。			
3 Wurde die Anrechnung von Kindererziehungszeiten für die unter Ziffer 2 aufgeführten Kinder bereits von einer anderen Person beantragt? Falls „ja“ von wem? - Name, Vorname  - Versicherungsnummer	nein <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	第 2 欄に記入した子の 育児期間の通算を別の者が すでに申請しましたか?  「はい」の場合: 誰が申請しましたか? - 氏、名  - 保険番号
	ja <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	

\* bei Geburten bis 31.12.1991 / 生年月日が 1991 年12月31日以前の場合

F Angaben über Beschäftigungszeiten des verstorbenen Versicherten in Deutschland, Japan und Drittstaaten  
(bitte die Beschäftigungen in chronologischer Reihenfolge auflühren und ggf. das Drittland benennen)

死亡した被保険者のドイツ、日本及びその他の国での就労期間に関する事項  
(年代順に記入してください。また該当する場合にはその他の国の国名も記入してください)

Zeitraum der Beschäftigung, selbständigen Tätigkeit, freiwilligen Beitragszahlung und der anderen rentenrechtlichen Zeiten* oder Zeiten, in denen keine Arbeit verrichtet wurde. /  就業、自営業、任意保険金支払い期間及びその他年金期間*あるいは就業していなかった  vom - bis / 期間	Name und Anschrift des Arbeitgebers; bei selbständiger Tätigkeit bitte „selbständig“ angeben. Bei anderen rentenrechtlichen Zeiten* ist die Art der Zeit anzugeben. Für Zeiten, in denen keine Arbeit verrichtet wurde, ist anzugeben, ob freiwillige Beiträge gezahlt wurden. / 雇業者の名前と住所; 自営業の場合には「自営」と記入してください。就業していなかった期間に関しては、その期間に任意保険金を支払ったか記入してください	Genauere Bezeichnung der ausgeübten Tätigkeit oder des Berufs /  業務あるいは職業の詳しい内容
Tag/日   Mona/月   Jahr/年   Tag/日   Mona/月   Jahr/年		
Tag/日   Mona/月   Jahr/年   Tag/日   Mona/月   Jahr/年		
Tag/日   Mona/月   Jahr/年   Tag/日   Mona/月   Jahr/年		
Tag/日   Mona/月   Jahr/年   Tag/日   Mona/月   Jahr/年		
Tag/日   Mona/月   Jahr/年   Tag/日   Mona/月   Jahr/年		
Tag/日   Mona/月   Jahr/年   Tag/日   Mona/月   Jahr/年		
Tag/日   Mona/月   Jahr/年   Tag/日   Mona/月   Jahr/年		
Tag/日   Mona/月   Jahr/年   Tag/日   Mona/月   Jahr/年		
Tag/日   Mona/月   Jahr/年   Tag/日   Mona/月   Jahr/年		
Tag/日   Mona/月   Jahr/年   Tag/日   Mona/月   Jahr/年		
Tag/日   Mona/月   Jahr/年   Tag/日   Mona/月   Jahr/年		
Tag/日   Mona/月   Jahr/年   Tag/日   Mona/月   Jahr/年		
Tag/日   Mona/月   Jahr/年   Tag/日   Mona/月   Jahr/年		
Tag/日   Mona/月   Jahr/年   Tag/日   Mona/月   Jahr/年		

An welchen Versicherungsträger wurde der letzte Beitrag gezahlt? /  
最後に保険金を支払ったのはどの保険者にですか?

- an eine LVA  州保険庁
- BfA  連邦職員保険庁
- Bundesknappschaft  連邦鉱山保険組合
- Seekasse  海員金庫
- Bahnversicherungsanstalt  連邦鉄道保険庁

\* Zu den anderen deutschen rentenrechtlichen Zeiten gehören insbesondere Zeiten des militärischen oder militärähnlichen Dienstes, der Kriegsgefangenschaft, der Freiheitsbeschränkung oder -entziehung im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes, des politischen Gewahrsams im Sinne des Häftlingshilfegesetzes, der Vertreibung oder Flucht im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes, ferner Zeiten der Krankheit, des Mutterschutzes und der Arbeitslosigkeit./

その他年金期間には特に連邦賠償法の意味における兵役、準軍務、戦時捕虜、自由の制限あるいは剥奪、捕虜援助法の意味における政治的拘禁、連邦難民法の意味における追放あるいは逃亡及び病気、出産保護、失業期間も含まれます。

G Weitere Angaben zum Rentenanspruch

年金請求に関するその他の事項

<p>1 Ist der Tod des Versicherten durch Arbeitsunfall, Berufskrankheit o. ä. verursacht worden?</p>	<p>nein <input type="checkbox"/> いいえ ja <input type="checkbox"/> はい</p>	<p>被保険者は労災、業務上の理由により死亡したのですか?</p>						
<p>2 Ist der Tod des Versicherten durch eine andere Person oder durch einen Unfall verursacht worden? Falls „ja“, sind anzugeben: - Die Ursache  - Der Tag - Name und Anschrift der Person, die den Schaden verursacht hat: Wurden Schadensersatzansprüche geltend gemacht?  Falls „ja“, gegen wen?</p>	<p>nein <input type="checkbox"/> いいえ ja <input type="checkbox"/> はい</p> <table border="1" data-bbox="686 336 909 403"> <tr> <td>Tag/日</td> <td>Monat/月</td> <td>Jahr/年</td> </tr> <tr> <td>   </td> <td>   </td> <td>   </td> </tr> </table> <p>nein <input type="checkbox"/> いいえ ja <input type="checkbox"/> はい</p>	Tag/日	Monat/月	Jahr/年				<p>被保険者は第三者行為、あるいは事故により死亡したのですか? 「はい」の場合 - 原因  - 年月日 - 加害者の名前と住所を記入してください 損害賠償を請求しましたか?  「はい」の場合 誰に対してですか?</p>
Tag/日	Monat/月	Jahr/年						
<p>3 Hat der Versicherte bereits eine deutsche, japanische oder eine andere Rente bezogen? Falls „ja“: - vom - bis  - Art der Rente  - Versicherungsträger und Staat</p>	<p>nein <input type="checkbox"/> いいえ ja <input type="checkbox"/> はい</p>	<p>被保険者はこれまでドイツ、日本あるいはその他の年金を受給しましたか? 「はい」の場合 - 期間  - 年金の種類  - 保険者及び国名</p>						

H Zusätzliche Angaben des Hinterbliebenen über eigenes Einkommen

遺族の収入に関する補足事項

<p>1 Beziehen Sie - Erwerbseinkommen aus einer • abhängigen Beschäftigung  oder • selbständigen Tätigkeit? - dem Erwerbseinkommen vergleichbares Einkommen (z. B. Abfindung des Arbeitgebers infolge Entlassung)? Falls „ja“: Beginn der Beschäftigung / Tätigkeit und Höhe des monatlichen Einkommens angeben</p>	<p>nein <input type="checkbox"/> いいえ ja <input type="checkbox"/> はい</p> <p>nein <input type="checkbox"/> いいえ ja <input type="checkbox"/> はい</p> <p>nein <input type="checkbox"/> いいえ ja <input type="checkbox"/> はい</p> <table border="1" data-bbox="686 1366 909 1433"> <tr> <td>Tag/日</td> <td>Monat/月</td> <td>Jahr/年</td> </tr> <tr> <td>   </td> <td>   </td> <td>   </td> </tr> </table>	Tag/日	Monat/月	Jahr/年				<p>• 被用者としての就業による収入がある  あるいは • 自営業による収入がある 就業による収入と比較できる収入がある (例として解雇を理由とする雇用者の補償金) 「はい」の場合: 就業、自営業開始日及び 一月あたりの収入額を記入してください</p>
Tag/日	Monat/月	Jahr/年						
<p>2 Ist beantragt oder beziehen Sie - Rente wegen Erwerbsminderung oder Alter von einem • deutschen • japanischen • anderen Leistungsträger oder - anderes eigenes Erwerbseinkommen aus öffentlich-rechtlichen Systemen (z. B. Arbeitslosengeld, Krankengeld, Unfallrente, Pension)? falls „ja“ Art und Höhe der monatlichen Leistung und den Leistungsträger angeben.</p>	<p>nein <input type="checkbox"/> いいえ ja <input type="checkbox"/> はい</p> <p>nein <input type="checkbox"/> いいえ ja <input type="checkbox"/> はい</p> <p>nein <input type="checkbox"/> いいえ ja <input type="checkbox"/> はい</p> <p>nein <input type="checkbox"/> いいえ ja <input type="checkbox"/> はい</p>	<p>稼働能力減少あるいは老齢を事由とする年金を請求、あるいは受給していますか  • ドイツの年金 • 日本の年金 • その他の年金保険者  あるいは - その他公的制度からの生業代償収入 (例として失業保険金、傷病保険金、障害年金、恩給)  「はい」の場合 一月あたりの給付額及び保険者を記入してください。</p>						

**J Waisenrente**

遺児年金

Hinweis: Für jede volljährige Waise ist ein eigenes Antragsformular auszufüllen.

注意: 遺児が成年である場合には、一人ずつ別々に申請用紙を使用してください。

Anspruch auf Waisenrente besteht längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, bei weiterer Ausbildung oder körperlicher bzw. geistiger Behinderung längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.

遺児年金は最高で 18 才に達する前に、その他の教育あるいは身体または精神障害は最高で 27 才に達するまでに請求できます。

Waisen, für die eine Waisenrente beantragt wird:

遺児年金を請求する遺児:

Vorname der Waise / 遺児の名	Name / 氏	Geburtsdatum / 生年月日	Kindschaftsverhältnis zum Versicherten (z. B. leibliches Kind, Pflegekind) / 被保険者との続柄 (例として実の子、里 子)	Bei Waisen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, ist entweder „behindert“ oder die Art der Ausbildung anzugeben: z. B. Schule, Fachschule, Hochschule, oder Berufsausbildung / 18 才に達した遺児の 場合には「身体障害」 あるいは教育の種類を 記入してください: 例 として学校、専門学 校、大学あるいは職業 訓練
A		Tag/日    Mona/月    Jahr/年                              		
B		Tag/日    Mona/月    Jahr/年                              		
C		Tag/日    Mona/月    Jahr/年                              		
D		Tag/日    Mona/月    Jahr/年                              		

Zusätzliche Angaben zu den Waisen

遺児に関する補足事項

1	Staatsangehörigkeit(en) der Waise		遺児の国籍 (複数ある場合はすべて記入)
2	Seit wann hat die Waise ihren ständigen Wohnsitz in Japan?	Tag/日    Mona/月    Jahr/年                              	遺児はいつから日本に 定住していますか?
3	Anschrift		住所

4	Wurden von der Waise oder einer anderen Person folgende Leistungen beantragt oder werden solche Leistungen bezogen: a) Waisengeld aus einer deutschen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung einer Berufsgruppe oder nach beamtenrechtlichen Vorschriften	nein <input type="checkbox"/> いいえ ja <input type="checkbox"/> はい	遺児あるいは別の者がすでに以下の給付を申請、あるいは受給しましたか:  a) ドイツの公的保険者あるいは職業グループの扶養機関からの、あるいは公務員法規定に基づく遺児手当  b) 自分の保険からの年金あるいはドイツの公的年金保険または公的障害保険からの遺児手当て  「はい」の場合: - 給付の種類 - 保険者 / 当局 - 書類整理記号
	b) Rente aus einer eigenen Versicherung oder Waisenrente aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung, Waisenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung?	nein <input type="checkbox"/> いいえ ja <input type="checkbox"/> はい	
	Falls "ja", sind anzugeben:  - Art der Leistung  - Versicherungsträger / Behörde  - Aktenzeichen		
5	Nur für Waisen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben:  Bezieht die Waise eigenes Erwerbseinkommen (z. B. aufgrund eines Lehrverhältnisses)? Falls "ja", Art und Höhe des monatlichen Einkommens angeben	nein <input type="checkbox"/> いいえ ja <input type="checkbox"/> はい	18 才に達した遺児のみ:  遺児は独自の就業による収入がありますか (例として職業訓練関係の理由で)? 「はい」の場合: 一月あたりの収入額を記入してください

**Angaben über den Antragsteller**

**申請者に関する事項**

Der Antragsteller ist  - der gesetzliche Vertreter der minderjährigen Waise - Bevollmächtigter der volljährigen Waise (Vollmacht beifügen) - Vormund oder Betreuer der Waise (Bestellungsurkunde beifügen)	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	申請者は  - 未成年の遺児の法的代理人 - 成年に達した遺児の全権委任者 (委任状を添付) - 遺児の後家人あるいは世話人 (辞令を添付)
--	--	--

K Erklärung und Unterschrift des Antragstellers

申請者の表明及び署名

<p>Sämtliche Fragen in diesem Antrag habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Mir ist bekannt, daß ich bei wissentlich falschen Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, daß alle vorgelegten Unterlagen und Beweismittel, die sich auf diesen Antrag beziehen oder die nach einer Entscheidung über diesen Antrag benötigt werden, vom japanischen Versicherungsträger dem zuständigen deutschen Versicherungsträger und vom zuständigen deutschen Versicherungsträger dem japanischen Versicherungsträger zur Verfügung gestellt werden.</p> <p>Die Beantwortung der Fragen ist erforderlich, damit über den Antrag entschieden werden kann; die Fragen ergeben sich aus den maßgeblichen gesetzlichen Vorschriften. Meine Mitwirkungspflicht und deren Umfang richten sich nach den §§ 60 ff. des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann die Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).</p> <p>Ich verpflichte mich, dem leistungspflichtigen Versicherungsträger</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- jede Veränderung meiner Familienverhältnisse und die Beantragung und den Empfang der unter Abschnitt G bis J aufgeführten Leistungen bzw. Einnahmen</li> <li>- Änderungen, die auf den Bezug der Waisenrente von Einfluß sind (z. B. Ende oder Unterbrechung der Schul- oder Berufsausbildung, Einberufung zum Wehrdienst, Tod des Kindes usw.)</li> </ul> <p>mitzuteilen.</p> <p>Nur für Anträge auf große Witwen-/Witwerrente, wenn Sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, kein Kind erziehen und sich für erwerbsgemindert halten (vgl. Abschn. C) sowie bei Anträgen auf Waisenrente wegen Behinderung:</p> <p>Ich bin damit einverstanden, daß alle ärztlichen Gutachten oder Krankheitsbefunde, die in Rentenverfahren vorgelegt werden, von dem zuständigen Versicherungsträger eingesehen und verwertet werden können.</p>	<p>この申請書の質問はすべて誠意をもって答えました。故意に偽った場合には刑罰の対象になることを承知しています。</p> <p>この申請書に関し提出された、あるいは申請の審査後に必要となる書類及び証拠品が日本の担当保険者からドイツの担当保険者へ、あるいはドイツの担当保険者から日本の担当保険者へ送付されることにも同意します。</p> <p>私の申請書の審査のために質問に答えることが必要です。この質問は一般の法規定に基づくものです。私の協力義務及びその範囲は社会法典第一本 (SGB I) の第 60 条に基づきます。協力しない場合には給付は完全にあるいは一部拒絶あるいは取消しとなる場合があります (社会法典第一本第 66 条)</p> <p>私は保険者に以下の事項を通知する義務を負います。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 家族身分の変更及び G から J 項に記す給付または収入に関する申請あるいは受給</li> <li>- 遺児年金給付に影響するであろう変更 (例として学校あるいは職業教育の終了、中断、兵役招集、子の死亡等)</li> </ul> <p>あなたがまだ 45 才に達しておらず、育児することもなく、稼得能力が減少していると思われる場合の寡婦 / 寡夫大年金申請に関してのみ (C 項比較) 及び身体障害を事由とする遺児年金申請に関してのみ:</p> <p>担当の保険者が、年金手続きに提示される医師の専門鑑定書あるいは所見を閲覧し、利用することに同意します。</p>
--	--

Unterschrift des Antragstellers

申請者署名

Datum	Tag/B	Mona/M	Jahr/J		日付
Unterschrift					署名

L Bestätigung durch den japanischen Träger

日本の保険者による確認

Tag der Antragstellung nach Art. 17 des Abkommens	Tag/B	Mona/M	Jahr/J		協定第 17 条に基づく申請日
Die Personenstandsdaten zu E.2 werden aufgrund vorgelegter Urkunden bestätigt.	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>				提示された証書により E2 項の続柄に関する事項を確認する
Datum	Tag/B	Mona/M	Jahr/J		日付
Dienststempel des japanischen Versicherungsträgers und Unterschrift					日本の保険者の職印と署名