

# 社会保障に関する日本国とオーストラリアとの間の協定

Agreement between Japan and Australia on Social Security

国民年金・厚生年金保険裁定請求書(老齢を支給事由とする年金給付)

(共済年金決定請求書兼用)

Claim for National Pension / Employees' Pension Insurance  
(For Old Age Pension)

(Also for use for the Mutual Aid Pension)

(Do not write in this space)  
Centrelink to date stamp

日本の照会番号  
Japanese reference number

※日本保険者により記入される欄  
To be completed only by  
Japanese liaison agencies

※この請求書は、オーストラリアのセンターリンクの窓口提出用です。  
This claim form is only for submission to Australian Centrelink .

日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号  
Japanese Basic Pension Number or Number on  
Pension Handbook

オーストラリアのセンターリンク照会番号  
Australian Centrelink Reference Number

## 1. 申請者に関する情報 / Claimant

①氏 Last name	ローマ字 / in Roman letters		②名 First name	ローマ字 / in Roman letters		
	カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters		カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters	
③性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 / Male <input type="checkbox"/> 女 / Female		④生年月日 Date of birth	年 / Year	月 / Month	日 / Day
⑤住所 Address	ローマ字 / in Roman letters					
	カタカナ / in Katakana letters					
⑥電話番号(国番号、エリアコードを含む) Telephone number including country and area code						

## 2. 配偶者に関する情報 / Claimant's spouse

①氏 Last name	ローマ字 / in Roman letters		②名 First name	ローマ字 / in Roman letters		
	カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters		カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters	
③性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 / Male <input type="checkbox"/> 女 / Female		④生年月日 Date of birth	年 / Year	月 / Month	日 / Day
⑤日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Japanese Basic Pension Number or Number on Pension Handbook						
⑥年収が850万円未満ですか Annual income under 8.5 million yen			<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No			

### 3. 子に関する情報 / Claimant's child(ren)

1	①氏 Last name	ローマ字 / in Roman letters カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters	②名 First name	ローマ字 / in Roman letters カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters	
	③性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 / Male <input type="checkbox"/> 女 / Female		④生年月日 Date of birth	年 / Year	月 / Month	
	⑤障害の状態にありますか。 / Child with disability		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No		日 / Day		
	⑥年収が850万円未満ですか Annual income under 8.5 million yen		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No				
2	①氏 Last name	ローマ字 / in Roman letters カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters	②名 First name	ローマ字 / in Roman letters カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters	
	③性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 / Male <input type="checkbox"/> 女 / Female		④生年月日 Date of birth	年 / Year	月 / Month	
	⑤障害の状態にありますか。 / Child with disability		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No		日 / Day		
	⑥年収が850万円未満ですか Annual income under 8.5 million yen		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No				

### 4. 支払金融機関に関する情報 / Nomination of a financial institution to which benefits will be sent

①銀行の名前 Name of bank		③口座番号 Account number	
②本店又は支店名 Head office or name of branch office	<input type="checkbox"/> 本店 / Head office	④BSB番号 BSB number	
	<input type="checkbox"/> _____ 支店 / branch	⑤銀行の住所 Address of bank	ローマ字 / in Roman letters

### 5. 現在、受給している日本国の公的年金に関する情報 / Japanese public pension which the claimant is receiving

申請者は既に日本国の公的年金を受給していますか。 Is the claimant receiving a Japanese public pension or presently claiming one?		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No		
1	①制度名 Name of system	③支給を受けることとなった年月日 Date of entitlement	年 / Year	月 / Month
	②年金の種類 Type of pension	<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金/Old age <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金/Disability <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金/Survivors		
	④年金コード又は年金証書の記号番号 Pension Code or Number on Pension Certificate		日 / Day	
配偶者は既に日本国の公的年金を受給していますか。 Is the claimant's spouse receiving a Japanese public pension or presently claiming one?		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No		
2	①制度名 Name of system	③支給を受けることとなった年月日 Date of entitlement	年 / Year	月 / Month
	②年金の種類 Type of pension	<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金/Old age <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金/Disability <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金/Survivors		
	④年金コード又は年金証書の記号番号 Pension Code or Number on Pension Certificate		日 / Day	

6. 日本の保険加入期間に関する情報 / History of coverage under Japanese pension systems

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下さい。  
 Fill in your detailed history of coverage under the public pension systems as accurately as possible.

加入期間(年/月/日) Period of coverage From Y/M/D To Y/M/D	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 of the workplace or shipowner in case you were a crew member on board a ship	事業所(船舶所有者)の所在地又は国民年金加入時の住所 / Address of workplace or shipowner, or your address when you were enrolled in the National Pension	加入していた年金制度(注) Pension system under which you were covered(*)
/ / 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」を記入して下さい。  
 ② 共済組合「4」の時は加入した共済組合の名称もこの欄に記入して下さい。  
 ③ 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下さい。
- (\*) - Fill in the number as follows: "1" for National Pension, "2" for Employees' Pension Insurance, "3" for Employees' Pension (Seamen's) Insurance and "4" for Mutual Aid Pension.  
 - When you fill in "4", please write the name of Mutual Aid Association you belonged.  
 - Please fill in your former name in this column, if your former name is different from your current name by marriage or other reason.

最後に勤務した事業所又は現在勤務している事業所について About the workplace of your latest employment under the Japanese pension systems	①名称 Name	
②健康保険の被保険者証の記号番号(わかれば記入) Code-number on your Employees' Health Insurance Certificate (if available)		
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。 Have you ever been a Type-4 Insured Person under the Employees' Pension Insurance or a Voluntary and Continuous Insured Person under the Seamen's Insurance?	<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No	
①被保険者の整理記号番号 Insured person's reference code-number		
②保険料を納めた期間 Period during which the insurance contributions were paid	自 / from	年 / Year      月 / Month      日 / Day
	至 / to	
③保険料を納めた社会保険事務局名又は社会保険事務所名 Name of the Regional Social Insurance Bureau or the Social Insurance Office to which the insurance contributions were paid		

7. 署名および同意 / Declaration and authorisation of claimant

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性かつ完全であることを宣誓します。  
私はオーストラリアのセンターリンク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およ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。

**I declare that the information I have given in this form is true and complete. I authorise Australian Centrelink to furnish to the Japanese competent institutions all information and documents which relate or could relate to this claim for benefits.**

私は、私のオーストラリアの年金を正しく裁定できるように、日本の実施機関およびオーストラリアのセンターリンクが、継続的にその所有する情報を交換することに同意します。

**I authorise the Japanese competent institutions and Australian Centrelink to exchange any information in their possession, on an ongoing basis, to enable correct assessment of my Australian pension.**

申請者の署名

Signature of claimant : \_\_\_\_\_