

社会保障に関する日本国とベルギー王国との間の協定

B/J1 白→日

Convention en matière de Sécurité sociale entre le Japon et le Royaume de Belgique

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)

(共済年金決定請求書兼用)

Demande de pension nationale / Assurance Pension pour Travailleurs salariés

(Pour Pension de Retraite / d'Invalidité)

(Egalement à utiliser pour la pension d'Assistance mutuelle)

ベルギー実施機関記入欄

Pour utilisation par l'organisme de pension belge

受付日が入ったスタンプ

Cachet indiquant la date de réception

※この請求書は、ベルギーの実施機関の窓口提出用です。

Ce formulaire de demande est destiné uniquement à l'organisme de pension Belge

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

A compléter uniquement par les organismes de liaison japonais

日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号

Numéro de pension japonaise de base ou numéro de livret de pension

ベルギーの社会保障番号

Numéro d'identification de la sécurité sociale belge

申請のあった給付の種類 / Nature de la prestation demandée

老齢を支給事由とする年金 / Retraite

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	ローマ字 / En lettres romaines	②名 Prénom	ローマ字 / En lettres romaines
	カタカナ / En caractères Katakana		カタカナ / En caractères Katakana
③性別 Sexe	<input type="checkbox"/> 男 / Homme <input type="checkbox"/> 女 / Femme	④生年月日 Date de naissance	年 / A 月 / M 日 / J
⑤住所 Adresse	ローマ字 / En lettres romaines		
	カタカナ / En caractères Katakana		
⑥電話番号 Numéro de téléphone			

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

①氏 Nom de famille	ローマ字 / En lettres romaines	②名 Prénom	ローマ字 / En lettres romaines
	カタカナ / En caractères Katakana		カタカナ / En caractères Katakana
③性別 Sexe	<input type="checkbox"/> 男 / Homme <input type="checkbox"/> 女 / Femme	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 pension japonaise de base ou numéro de livret de pension			

6. 日本の保険加入期間に関する情報 / Aperçu de l'assurance auprès des régimes de pension japonais

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。

Complétez aussi précisément que possible l'historique détaillé de votre assurance sous le régime légal de pension.

加入期間 (年/月/日) Périodes d'assurance 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 au cas où vous étiez membre d'équipage à bord d'un navire	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 ancienne adresse, au moment où vous avez été enregistré pour la Pension nationale	加入していた年金制度等 (注) Régime de pension auprès duquel le demandeur était assuré(*)
/ / 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) 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。また、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。

(*) Complétez le numéro de la manière suivante: "1" pour Pension nationale, "2" pour Assurance Pension pour Travailleurs salariés, "3" pour Assurance Pension pour Travailleurs salariés (Marins), "4" pour Pension d'Assistance mutuelle. Si vous aviez un autre/vieux nom pour cause de mariage ou pour toute autre cause pendant la période d'assurance, mentionnez-le dans cette colonne.

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 À propos du lieu de votre dernière/actuelle occupation	①名称 Nom	
②健康保険の被保険者証の記号番号 (わかれひま記入) Numéro de code de votre certificat d'assurance soins de santé pour travailleurs salariés (si disponible)		
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。 Etiez-vous une personne assurée de type 4 ou une personne assurée volontaire et permanente sous l'assurance pour marins?	<input type="checkbox"/> はい / Oui	<input type="checkbox"/> いいえ / Non
①被保険者の整理記号番号 Référence du numéro de code de la personne assurée		
②保険料を納めた期間 Période pour laquelle les cotisations d'assurance ont été payées	年 / A 月 / M 日 / J ~ 年 / A 月 / M 日 / J	
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 Nom du bureau d'assurance sociale (local) auquel les cotisations d'assurance ont été payées		

7. 障害を支給事由とする年金に関する情報 / Informations pour la demande d'une indemnité d'incapacité de travail

1	請求の区分 Nature de la Demande	<input type="checkbox"/> ①認定日による請求 Demande d'indemnités en raison du début d'une incapacité de travail pendant le paiement de cotisations	<input type="checkbox"/> ②事後重症による請求 Demande d'indemnités en raison d'un taux avancé d'incapacité de travail	
	②の場合、過去に①による請求をしたことがありますか。 Si le ② ci-dessus est d'application, avez-vous précédemment fait la demande pour le ①?		<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non	
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。 Avez-vous perçu une pension légale japonaise d'incapacité de travail?		<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non	
	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 pension ou numéro du brevet de pension			
3	傷病について / À propos de maladies/lésions			
	①傷病名 / Nom de la maladie/lésion			
	②傷病の発生した日 / Date de début	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 légal de pension où vous étiez affilié au moment de votre 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"/> 共済組合 / Pension d'Assistance mutuelle	<input type="checkbox"/> ベルギー社会保障 / Sécurité sociale belge	
	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/lésion se stabilise et où l'on n'attend plus de guérison par traitement médical	年 / A	月 / M	日 / J
	⑥傷病の原因は職務上ですか。 La maladie/lésion a-t-elle été causée par le travail?	<input type="checkbox"/> はい / Oui	<input type="checkbox"/> いいえ / Non	
	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。 Entrez-vous en ligne de compte pour cette maladie/lésion ou une demande est-elle en cours d'examen pour les avantages relevant des régimes énumérés ci-contre ?	<input type="checkbox"/> 労働基準法 / Législation du travail	<input type="checkbox"/> 船員保険法 / Loi sur les Assurances pour les Marins	
		<input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法 / Loi sur les Assurances pour l'Indemnisation des Accidents des Ouvriers		
<input type="checkbox"/> 国家公務員災害補償法 / Loi sur les Assurances pour l'Indemnisation des Accidents du Personnel de l'Administration nationale				
<input type="checkbox"/> 地方公務員災害補償法 / Loi sur les Assurances pour l'Indemnisation des Accidents du Personnel des Administrations 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 / Législation sur l'Indemnisation des Accidents professionnels pour les Médecins, Dentistes et Pharmaciens au service de l'Enseignement officiel				
⑧ ⑦の制度から受けられるときはその種類 Nature des prestations, si vous avez droit aux prestations sous ⑦	<input type="checkbox"/> 障害補償給付 (障害給付) / Allocation d'Incapacité de travail (Indemnité d'incapacité de travail)			
	<input type="checkbox"/> 傷病補償給付 (傷病年金) / Allocation d'Invalidité (Pension d'Invalidité)			
支給の発生した日 Date du début du droit à la prestation	年 / A	月 / M	日 / J	
⑨傷病の原因は第三者行為によりますか。 La maladie/la blessure a-t-elle été causée par un tiers?	<input type="checkbox"/> はい / Oui	<input type="checkbox"/> いいえ / Non		

申請者の署名 / Signature	
--------------------	--