

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

Overeenkomst inzake sociale zekerheid tussen Japan en het Koninkrijk België

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)

Aanvraag voor het Nationaal Pensioen / Pensioenverzekering voor Werknemers

(Voor Ouderdoms-/Invaliditeitspensioen)

(Ook te gebruiken voor het Onderling Bijstandspensioen)

※この請求書は、ベルギーの実施機関の窓口提出用です。
Dit aanvraagformulier is enkel bestemd om voor te leggen aan de Belgische pensioeninstelling.

日本の照会番号
Japans referentienummer

※日本保険者により記入される欄
Uitsluitend in te vullen door de Japans
verbindingsorganen

ベルギー実施機関記入欄
Voor gebruik door de Belgische
pensioeninstelling

受付日が入ったスタンプ
Stempel datum van ontvangst

日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号
Japans basispensioennummer of pensioenboeknummer

ベルギーの社会保障番号
Belgisch identificatienummer van de sociale zekerheid

申請のあった給付の種類 / Aard van het aangevraagde voordeel

老齢を支給事由とする年金 / Ouderdom

障害を支給事由とする年金 / Invaliditeit

1. 申請者に関する情報 / Aanvrager

①氏 Familienaam	ローマ字 / In Romeinse letters	②名 Voornaam	ローマ字 / In Romeinse letters
	カタカナ / In Katakana letters		カタカナ / In Katakana letters
③性別 Geslacht	<input type="checkbox"/> 男 / Man <input type="checkbox"/> 女 / Vrouw	④生年月日 Geboortedatum	年 / J 月 / M 日 / D
⑤住所 Adres	ローマ字 / In Romeinse letters		
	カタカナ / In Katakana letters		
⑥電話番号 Telefoonnummer			

2. 配偶者に関する情報 / Echtgeno(o)t(e) van de aanvrager

①氏 Familienaam	ローマ字 / In Romeinse letters	②名 Voornaam	ローマ字 / In Romeinse letters
	カタカナ / In Katakana letters		カタカナ / In Katakana letters
③性別 Geslacht	<input type="checkbox"/> 男 / Man <input type="checkbox"/> 女 / Vrouw	④生年月日 Geboortedatum	年 / J 月 / M 日 / D
⑤基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Japans basispensioennummer of pensioenboeknummer			

3. 子に関する情報 / Kind van de aanvrager

1	①氏 Familienaam	ローマ字 / In Romeinse letters ----- カタカナ / In Katakana letters	②名 Voornaam	ローマ字 / In Romeinse letters ----- カタカナ / In Katakana letters
	③性別 Geslacht	<input type="checkbox"/> 男 / Man <input type="checkbox"/> 女 / Vrouw	④生年月日 Geboortedatum	年 / J 月 / M 日 / D
⑤障害の状態にありますか / Invalide kind		<input type="checkbox"/> はい / Ja <input type="checkbox"/> いいえ / Neen		
2	①氏 Familienaam	ローマ字 / In Romeinse letters ----- カタカナ / In Katakana letters	②名 Voornaam	ローマ字 / In Romeinse letters ----- カタカナ / In Katakana letters
	③性別 Geslacht	<input type="checkbox"/> 男 / Man <input type="checkbox"/> 女 / Vrouw	④生年月日 Geboortedatum	年 / J 月 / M 日 / D
⑤障害の状態にありますか / Invalide kind		<input type="checkbox"/> はい / Ja <input type="checkbox"/> いいえ / Neen		

4. 支払金融機関に関する情報 / Aanduiding van een financiële instelling die de voordelen zal ontvangen

①銀行の名前 Naam van de bank		③口座番号 Rekeningnummer	
②本店又は支店名 Hoofdkantoor of naam van het bijkantoor	<input type="checkbox"/> 本店 / Hoofdkantoor <input type="checkbox"/> _____ 支店 Bijkantoor	④銀行の住所 Adres van de bank	ローマ字 / In Romeinse letters ----- カタカナ / In Katakana letters

5. 現在、受給している日本国の公的年金に関する情報 / Japans wettelijk pensioen dat u ontvangt

1	申請者は既に日本国の公的年金を受給していますか。 Ontvangt de aanvrager een wettelijk Japans pensioen?		<input type="checkbox"/> はい / Ja <input type="checkbox"/> いいえ / Neen	
	①制度名 Benaming van het stelsel		③支給を受けることとなった年月日 Begindatum van het voordeel	年 / J 月 / M 日 / D
	②年金の種類 Aard van het pensioen	<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金 / Ouderdom <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金 / Invaliditeit <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金 / Overleving		
④年金コード又は年金証書の記号番号 Pensioencode of nummer pensioenbrevet				
2	配偶者は既に日本国の公的年金を受給していますか。 Ontvangt de echtgeno(o)t(e) van aanvrager een wettelijk Japans pensioen?		<input type="checkbox"/> はい / Ja <input type="checkbox"/> いいえ / Neen	
	①制度名 Benaming van het stelsel		③支給を受けることとなった年月日 Begindatum van het voordeel	年 / J 月 / M 日 / D
	②年金の種類 Aard van het pensioen	<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金 / Ouderdom <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金 / Invaliditeit <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金 / Overleving		
④年金コード又は年金証書の記号番号 Pensioencode of nummer pensioenbrevet				

6. 日本の保険加入期間に関する情報 / Overzicht van verzekering onder de Japanse pensioenstelsels

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。

Vermeld zo nauwkeurig mogelijk uw verzekeringstijdvakken onder het wettelijke pensioenstelsel

加入期間 (年/月/日) Verzekeringstijdvakken Van J/M/D Tot J/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 / Naam van de werkgever of van de scheepseigenaar wanneer u een bemanningslid was aan boord van een schip	事業所 (船舶所有者) の所在地又は国民年金加入時の住所 / Adres van de werkgever of van de scheepseigenaar of uw vroegere adres op het ogenblik dat u geregistreerd werd voor het Nationaal Pensioen	加入していた年金制度等 (注) Pensioenstelsel waarbij de aanvrager verzekerd was (*)
/ / 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。

(*) Vul het nummer in als volgt: "1" voor het Nationaal Pensioen, "2" voor de Pensioenverzekering voor Werknemers, "3" voor de Pensioenverzekering (Zeelieden) voor Werknemers, "4" voor het Onderlinge Bijstandspensioen. Indien u door huwelijk of om een andere reden een andere naam had tijdens het verzekeringstijdvak, gelieve deze naam dan in deze kolom te vermelden.

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 Betreffende de laatste/huidige plaats van tewerkstelling	①名称 Naam	
②健康保険の被保険者証の記号番号 (わかずいば記入) Codenummer van uw attest betreffende de ziekteverzekering voor werknemers (indien beschikbaar)		
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。 Was u ooit een verzekerde persoon van het type 4 of een vrijwillig en permanent verzekerde persoon onder de Verzekering voor Zeelieden?	<input type="checkbox"/> はい / Ja	<input type="checkbox"/> いいえ / Neen
①被保険者の整理記号番号 Referentie van het codenummer van de verzekerde		
②保険料を納めた期間 Periode waarvoor de verzekeringsbijdragen werden betaald.	年 / J 月 / M 日 / D ~ 年 / J 月 / M 日 / D	
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 Benaming van de (plaatselijke) sociale verzekeringsinstelling waarbij de verzekeringsbijdragen werden betaald.		

7. 障害を支給事由とする年金に関する情報 / Inlichtingen betreffende het aanvragen van een arbeidsongeschiktheidsvergoeding

1	請求の区分 Aard van de aanvraag	<input type="checkbox"/> ①認定日による請求 Aanvraag voordeel wegens het begin van een arbeidsongeschiktheid tijdens de bijdragebetaling	<input type="checkbox"/> ②事後重症による請求 Aanvraag voordeel wegens gevorderde graad van arbeidsongeschiktheid
	②の場合、過去に①による請求をしたことがありますか。 Indien ② van toepassing is, heeft u dan vroeger ooit ① aangevraagd?		<input type="checkbox"/> はい / Ja <input type="checkbox"/> いいえ / Neen
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。 Hebt u ooit een wettelijk Japans arbeidsongeschiktheidspensioen ontvangen?		<input type="checkbox"/> はい / Ja <input type="checkbox"/> いいえ / Neen
	年金の名称 / Benaming van het pensioen		
	年金コード又は年金証書の記号番号 Pensioencode of nummer pensioenbrevet		
3	傷病について / Betreffende de ziekten/letsels		
	①傷病名 / Naam van de ziekte of het letsel		
	②傷病の発生した日 / Begindatum		年 / J 月 / M 日 / D
	③初診日 Datum van het eerste medische onderzoek		年 / J 月 / M 日 / D
	④初診日において加入していた公的年金制度 Wettelijk pensioenstelsel waarbij u aangesloten was op het ogenblik van het eerste medische onderzoek		<input type="checkbox"/> 国民年金 / Nationaal Pensioen <input type="checkbox"/> 厚生年金保険 / Pensioenverzekering voor Werknemers <input type="checkbox"/> 共済組合 / Onderlinge Bijstandspensioen <input type="checkbox"/> ベルギー社会保険 / Belgische sociale zekerheid
	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 Datum waarop de toestand van de ziekte of het letsel gestabiliseerd is en geen verder herstel door medische handelingen meer wordt verwacht.		年 / J 月 / M 日 / D
	⑥傷病の原因は職務上ですか。 Werd de ziekte/het letsel veroorzaakt door het werk?		<input type="checkbox"/> はい / Ja <input type="checkbox"/> いいえ / Neen
	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。 Komt u wat deze ziekte/dit letsel betreft in aanmerking voor de voordelen die vallen onder de hiernaast opgesomde stelsels of is er een aanvraag in onderzoek?		<input type="checkbox"/> 労働基準法 / Arbeidswetgeving <input type="checkbox"/> 船員保険法 / Verzekeringwet voor Zeelieden <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法 / Verzekeringwet betreffende de ongevallenvergoedingen voor Werklieden <input type="checkbox"/> 国家公務員災害補償法 / Verzekeringwet betreffende de ongevallenvergoedingen voor het Nationaal Overheidspersoneel <input type="checkbox"/> 地方公務員災害補償法 / Verzekeringwet betreffende de ongevallenvergoedingen voor het personeel van de Plaatselijke Overheden <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 / Wetgeving op de toekenning van een beroepsgebonden ongevallenvergoeding voor dokters, tandartsen en apothekers in dienst van het overheids onderwijs
	⑧ ⑦の制度から受けられるときはその種類 Aard van de voordelen indien u in aanmerking komt voor de voordelen onder ⑦		<input type="checkbox"/> 障害補償給付 (障害給付) / Arbeidsongeschiktheidsvergoeding (arbeidsongeschiktheidsuitkering) <input type="checkbox"/> 傷病補償給付 (傷病年金) / Invaliditeitsvergoeding (Invaliditeitspensioen)
	支給の発生した日 Begindatum van het recht op uitkeringen		年 / J 月 / M 日 / D
⑨傷病の原因は第三者行為によりますか。 Werd de ziekte of het letsel veroorzaakt door een derde partij?		<input type="checkbox"/> はい / Ja <input type="checkbox"/> いいえ / Neen	

申請者の署名 / Handtekening	
-----------------------	--