

【国民年金・厚生年金保険裁定請求書・共済年金決定請求書記入要領】

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 白一日

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)

※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

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

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 カタカナ / En caractères Katakana	②名 Prénom	ローマ字 / En lettres romaines 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 カタカナ / En caractères Katakana	②名 Prénom	ローマ字 / En lettres romaines 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			

Vous pouvez trouver votre numéro de pension japonaise de base ou numéro de livret de pension dans votre avis de numéro de pension japonaise de base ou dans votre livret de pension.

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。

- 1, 2, et 5: Prière d'écrire en lettres majuscules de l'alphabet romain. (également dans la suite du formulaire)
- Vous pouvez également écrire "en caractères Katakana", s'ils sont disponibles. (également dans la suite du formulaire)
- ①、②、⑤のローマ字は、アルファベットの大文字で記入します。
- ①、②、⑤のカタカナは、わかれば記入します。

Si vous avez un(e) conjoint(e) entrant en considération, prière de remplir ces rubriques. Est également considéré(e) comme un(e) conjoint(e) entrant en considération, un conjoint(e) de fait non officiellement enregistré comme conjoint(e) marié(e).

配偶者がいるときに記入します。
 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。

Pour "Nature de la prestation demandée", vérifiez la case qui convient pour indiquer la prestation que vous demandez à présent.

申請のあった給付の種類は、請求する年金をチェックします。

Indiquez quatre chiffres pour l'année et deux chiffres pour le mois: "1955 12 15" pour 15 décembre 1955 (idem dans la suite du formulaire).

年月日の年は、西暦4桁を記入します。
 例：1955年12月15日

Si votre conjoint(e) n'a jamais bénéficié d'une pension japonaise, prière de remplir cette zone "Il/Elle n'a jamais bénéficié d'une pension japonaise".

配偶者が日本の年金制度に加入したことがない場合は、「日本の制度に加入したことはない。」と記入してください。

Si vous avez un (des) enfant(s) entrant en considération, prière de remplir ces rubriques.
Un enfant entrant en considération est un enfant de moins de 18 ans (jusqu'au 31 mars suivant son 18^e anniversaire), ou jusqu'à l'âge de 20 ans lorsqu'il s'agit d'un enfant handicapé.

子がいるときに記入します。
子の場合は、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歳未満の子に限りです。

Prière d'écrire le nom de la banque et le nom de l'agence en majuscules.

銀行の名前及び支店名は、アルファベットの
大文字で記入します。

- Section 1: Veuillez indiquer si vous percevez une autre pension publique japonaise de vieillesse, d'incapacité de travail ou de décès ou si vous avez introduit une demande à cet effet (voir liste de régimes de pensions applicables ci-contre). Dans l'affirmative, veuillez indiquer la dénomination du régime de pension public, le type de prestation de pension, la date de prise de cours, le code pension ou le numéro du brevet de pension.
- Si vous percevez une des pensions d'assistance mutuelle, veuillez indiquer le nom de l'association d'assistance mutuelle dans "Nom du régime".
- Section 2: Veuillez mentionner les informations au sujet de la prestation de votre conjoint(e), le cas échéant, comme indiqué ci-dessus.

- 5.1 は申請者が日本国の公的年金制度等（以下の一覧を参照のこと）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ます。
- 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。

3. 子に関する情報 / Enfant du demandeur				
1	①氏 Nom de famille	ローマ字 / En lettres romaines カタカナ / En caractères Katakana	②名 Prénom	ローマ字 / En lettres romaines 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障害の状態がありますか / Enfant handicapé		<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non		
2	①氏 Nom de famille	ローマ字 / En lettres romaines カタカナ / En caractères Katakana	②名 Prénom	ローマ字 / En lettres romaines 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障害の状態がありますか / Enfant handicapé		<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non		
4. 支払金融機関に関する情報 / Désignation d'un organisme financier qui percevra les prestations				
①銀行の名前 Nom de la banque	②本店又は支店名 Siège central ou nom de l'agence	③口座番号 Numéro de compte	④銀行の住所 Adresse de la banque	
<input type="checkbox"/> 本店 / Siège central	<input type="checkbox"/> _____ 支店 Agence	ローマ字 / En lettres romaines	カタカナ / En caractères Katakana	
5. 現在、受給している日本国の公的年金に関する情報 / Pension légale japonaise que vous recevez				
申請者は既に日本国の公的年金を受給していますか。 Le demandeur perçoit-il une pension légale japonaise?		<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non		
①制度名 Nom du régime	②年金の種類 Nature de la pension	③支給を受けることとなった年月日 Date de début de la prestation	年 / A 月 / M 日 / J	
<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金/Retraite	<input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金/Invalidité	<input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金/Survie		
④年金コード又は年金証書の記号番号 Code pension ou numéro du brevet de pension				
配偶者は既に日本国の公的年金を受給していますか。 L'époux (se) du demandeur perçoit-il(elle) une pension légale japonaise ?		<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non		
①制度名 Nom du régime	②年金の種類 Nature de la pension	③支給を受けることとなった年月日 Date de début de la prestation	年 / A 月 / M 日 / J	
<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金/Retraite	<input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金/Invalidité	<input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金/Survie		
④年金コード又は年金証書の記号番号 Code pension ou numéro du brevet de pension				

Régimes de pensions publics applicables

- A. la loi nationale sur les pensions
- B. la loi sur l'assurance pension des travailleurs salariés
- C. la loi sur l'assurance des marins (uniquement avant avril 1986)
- D. la loi concernant l'association d'assistance mutuelle des fonctionnaires nationaux (y compris les lois concernant les prestations de longue durée antérieures à avril 1986)
- E. la loi concernant l'association d'assistance mutuelle des fonctionnaires locaux (y compris les lois concernant les prestations de longue durée antérieures à avril 1986)
- F. la loi concernant l'assistance mutuelle du personnel des écoles privées
- G. la loi concernant l'association d'assistance mutuelle des travailleurs salariés des entreprises agricoles, forestières et de la pêche
- H. la loi concernant la pension des fonctionnaires
- I. l'ordonnance du gouvernement local concernant la pension de retraite des fonctionnaires locaux
- J. la loi concernant l'association d'assistance mutuelle des mineurs de l'usine YAWATA de Nippon Steel Co dont le gouvernement est propriétaire.
- K. la disposition supplémentaire de l'article 13 de la loi concernant les fonctionnaires spéciaux des tribunaux d'arrondissement
- L. la loi concernant les mesures particulières pour les anciens bénéficiaires des AAM
- M. La loi d'assistance aux victimes et survivants de la guerre

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

Si ne connaissez pas de dates précises, mentionnez le maximum d'informations, telles que le mois ou la saison, par exemple l'été de l'année xxxx.

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ます。

- Veuillez mentionner votre historique de périodes d'assurance en vertu d'un régime de pension public dans l'ordre chronologique, de la période la plus ancienne (la première) à la plus récente.
- Si votre adresse a changé pendant votre période d'assurance de la pension nationale, veuillez mentionner votre ancienne adresse et la période de résidence.
- Si le lieu de travail a changé de nom ou d'adresse ou si vous avez été transféré d'une filiale à une autre pendant votre période d'assurance pension pour travailleurs salariés et autre, veuillez mentionner le nom du lieu de travail individuel, l'adresse et la période d'assurance et la dénomination du régime de pension respectif.

- 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ます。
- 国民年金の加入期間中に住所を変更したときは、住所及び住んでいた期間がわかるように記入します。
- 厚生年金保険等の加入期間中に事業所等の名称変更や所在地の変更、転勤などがあったときは、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ます。

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 (*)
/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
/ / /	/ / /	/ / /	/ / /

(注) 国民年金名が適用
(*) Compensations Pension toute

最後に勤務した場所 / À propos du lieu de travail précédent

②健康保険の被保険者証の記号番号 (もしあれば記す)
 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?

はい / Oui 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

- Veuillez mentionner le nom officiel du lieu de travail déclaré au service d'assurance sociale ou au bureau régional d'assurance sociale pendant votre période d'assurance.

- En ce qui concerne les lieux de travail, mentionnez également le nom spécifique des filiales ou usines, tel que la filiale de Tokyo d'une entreprise.

- Si vous être assuré par les associations d'assistance mutuelle, veuillez mentionner le nom des associations et du lieu de travail pendant votre période d'assurance.

- Si vous le connaissez, mentionnez le nom japonais.

- Si vous êtes assuré par le régime de la pension nationale, veuillez indiquer "pension nationale".

- 被用者年金制度に加入していたときに社会保険事務所 (又は地方社会保険事務局) に届出された正式な名称を記入します。

- また、社名などだけでなく、例えば、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ます。

- なお、共済組合等に加入していた場合は、共済組合の名称と当時の事業所名称を記入します。

- 日本語名がわかる場合は日本語名で記入します。

- 国民年金の場合は「国民年金」と記入してください。

Veillez indiquer le nom correspondant de chaque régime, mentionné au bas de la section 6.

欄外の該当する年金制度の番号を記入します。

- Veuillez mentionner l'adresse ou au moins la nom de la province, de la ville ou de la localité, si vous ne connaissez pas les détails.
- Certains travailleurs travaillant effectivement dans la filiale d'Osaka d'une entreprise peuvent avoir été enregistrés pour l'assurance pension des travailleurs salariés au service d'assurance sociale à Tokyo où se situe le siège social du lieu de travail. Si tel est votre cas, mentionnez l'adresse du lieu de travail où vous avez été enregistré pour l'APTS.
- Veuillez procéder de la même manière pour les associations d'assistance mutuelle.
- Si vous êtes assuré par le régime de la pension nationale, veuillez indiquer votre adresse.

- 詳しくわからないときでも郡市区名までは記入します。
- 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ます。
- なお、共済組合等についても同様に記入します。
- 国年の場合は自宅の住所を記入します。

Si vous faites une demande d'indemnités d'incapacité de travail, veuillez remplir cette section.

障害を支給事由とする年金を申請する方が記入します。

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	<table border="1"> <tr> <td>請求の区分 Nature de la Demande</td> <td> <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 </td> <td> <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 </td> </tr> <tr> <td colspan="3">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?</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td> <input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non </td> </tr> </table>	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																								
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	<table border="1"> <tr> <td colspan="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?</td> <td> <input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non </td> </tr> <tr> <td colspan="2">年金の名称 / Nom de la pension</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">年金コード又は年金証書の記号番号 Code pension ou numéro du brevet de pension</td> <td></td> </tr> </table>	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																										
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	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">① 傷病名 / Nom de la maladie/lésion</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">② 傷病の発生した日 / Date de début</td> <td>年 / A 月 / M 日 / J</td> </tr> <tr> <td colspan="2">③ 初診日 Date du premier examen médical</td> <td>年 / A 月 / M 日 / J</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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</td> <td> <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"/> ベルギー社会保険 / Sécurité sociale belge </td> </tr> <tr> <td colspan="2">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</td> <td>年 / A 月 / M 日 / J</td> </tr> <tr> <td colspan="2">⑥ 傷病の原因は職務上ですか。 La maladie/lésion a-t-elle été causée par le travail?</td> <td> <input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non </td> </tr> <tr> <td colspan="2">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 ?</td> <td> <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 </td> </tr> <tr> <td colspan="2">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</td> <td> <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) </td> </tr> <tr> <td colspan="2">支給の発生した日 Date du début du droit à la prestation</td> <td>年 / A 月 / M 日 / J</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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?</td> <td> <input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non </td> </tr> <tr> <td colspan="3">申請者の署名 / Signature</td> </tr> </table>	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"/> ベルギー社会保険 / 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		
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"/> ベルギー社会保険 / 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																																		

Veuillez vérifier un des deux types de demandes ci-dessous:

1. Demande d'indemnités en raison du début d'une incapacité de travail pendant le paiement de cotisations
 - Si vous avez le taux d'incapacité de travail exigé à la date où le délai d'un an et demi depuis le premier examen médical de la maladie ou de la lésion est expiré, vous pouvez introduire la demande d'indemnités.
 - Vous pouvez également introduire une demande d'indemnités à une date antérieure au délai d'un an et demi si la lésion est guérie ou a été consolidée en incapacité de travail, si elle n'est pas guérie.
 - Il est à remarquer que vous devez avoir certaines périodes d'assurance admissibles.
2. Demande d'indemnités en raison d'un taux avancé d'incapacité de travail
 - Même si la condition 1. ci-dessus ne vous est pas applicable, vous pouvez toujours introduire une demande d'indemnité si votre taux d'incapacité de travail atteint le taux requis à une date ultérieure.
 - Il est à remarquer que vous devez introduire votre demande avant d'atteindre l'âge de 65 ans.
 - Vous avez droit à l'indemnité octroyée pour les mois suivants, le mois suivant celui de votre demande.

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ます。

- 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に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。

Pièces justificatives dont nous avons besoin

1. Votre livret de pension original ou votre brevet de personne assurée original (si vous ne pouvez joindre l'un ou l'autre, veuillez ajouter un document exposant les raisons pour lesquelles vous ne pouvez le faire).
2. Une attestation délivrée par le bourgmestre de votre ville ou commune, ou une copie de l'extrait du registre familial ou tout autre document de remplacement valable attestant votre date de naissance.
3. Si vous avez un(e) conjoint(e) ou un (des) enfant(s) suivants entrant en considération, qui sont financièrement à votre charge, veuillez joindre les pièces justificatives ci-dessous:
 - Votre conjoint(e) (ou un(e) conjoint(e) de fait qui n'est pas officiellement enregistré(e) comme étant marié(e) avec vous)
 - Votre enfant est âgé de moins de 18 ans et le premier 31 mars après son 18^e anniversaire n'est pas encore survenu, ou votre enfant a moins de 20 ans s'il est atteint d'un handicap du 1^{er} ou du 2^e degré prévu dans l'Ordonnance du gouvernement d'exécution de la loi sur l'assurance pension pour travailleurs salariés.
 - a) Une attestation délivrée par le bourgmestre de votre ville ou commune, ou une copie de l'extrait du registre familial ou tout autre document valable attestant votre date de naissance (nous ne pouvons accepter une copie d'un extrait du registre de la population contre preuve de remplacement)
 - b) Une copie d'un extrait du registre de la population ou tout document de remplacement valable prouvant qu'ils vivent dans votre ménage et partagent la vie familiale (s'ils habitent à une adresse distincte, veuillez joindre une note exposant la raison).
 - c) Une attestation de leurs revenus ou ressources (l'attestation de la qualité d'étudiant de votre enfant peut également être acceptée)

Note: Vous pouvez joindre une copie d'un extrait du registre de la population ou toute preuve de remplacement valable pour les points 2. et 3. a) ci-dessus.

この請求書に添えなければならない書類等

1. 年金手帳又は被保険者証（添えることができないときは、その事由書）
2. あなたの生年月日についての市区町村長の証明書又は戸籍の抄本又はこれらに代わるもの
3. 配偶者又は子がいるときは、次の書類等。
この場合、配偶者又は子とはあなたによって生計を維持されている次の人をいいます。
 - 配偶者（婚姻の届出はしていないが、事実上あなたと婚姻関係にある方を含みます。
 - 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厚生年金保険法施行令に定める1級又は2級の障害の状態にある20歳未満の子
 - a) 配偶者又は子の生年月日及びあなたとの身分関係を明らかにすることができる市区町村長の証明書又は戸籍の抄本又はこれらに代わるもの（住民票でこれに代えることはできません。
 - b) あなたと生計が同じであることを確認できる住民票又はこれに代わる書類（あなたと住所が異なるときは、その理由書を提出してください。
 - c) 配偶者又は子の収入等を確認できる収入又は所得証明書（子については在学証明書でも可。）

※前記2. 及び3a) の書類に代えて戸籍の謄本又はこれに代わるものでもかまいません。

4. Un document attestant la dénomination de votre institution financière et votre numéro de compte, par exemple une photocopie de votre extrait de compte sur lequel ces informations sont mentionnées.
5. Une photocopie de votre attestation de pension publique ou toute preuve de remplacement, dans le cas où vous répondez OUI dans la rubrique 1 ou 2 de la section 5.
6. Une photocopie de votre attestation de pension ou tout document probant, dans le cas où vous bénéficiez de prestations du régime mentionné dans de la rubrique 3, section 7.

〈Attestation de diagnostic ou preuve médicale〉

Si vous demandez le bénéfice d'une d'indemnité d'incapacité de travail ou si votre enfant atteint d'un handicap mentionné dans la section 3 entre en considération, nous vous enverrons un modèle d'attestation de diagnostic à une date ultérieure. Votre attestation de diagnostic doit ensuite être établie conformément au modèle et doit nous être soumise.

Si vous disposez actuellement (au moment de remplir le présent formulaire de demande) d'un document ou d'une preuve médicale concernant votre lésion ou incapacité de travail, prière de joindre ce document au présent formulaire.

〈Pension AAM et montants forfaitaires de retraite AAM〉

Si vous perçu dans le passé des montants forfaitaires de retraite AAM, les montants octroyés seront remboursés en les déduisant de votre pension AAM.

4. 支払金融機関の銀行名、口座番号等を確認できる書類（預金通帳の写し等）
5. 記入欄5. 1及び5. 2で「はい」と答えた方は、年金証書、恩給証書又はこれらに準ずる書類の写し
6. 記入欄7. 3の⑦の保険給付を受けることができるときは、その年金証書の写し等のその事実を確認できる書類

〈診断書の提出について〉

障害年金を請求する方及び記入欄3で「障害の状態にある」とされた子については、こちらから送付する様式に基づいた診断書を後日提出していただくこととなります。ただし、この請求書の提出時に傷病名や障害の状態を確認することができる書類を持っている場合は、この請求書に添付してください。

〈共済年金を請求する方へ〉

過去に退職一時金を受けたことがある方については、退職一時金の返還を年金の支給から行います。