

Leidraad voor de aanvraag voor het nationaal pensioen / pensioenverzekering voor werknemers / onderling bijstandspensioen

【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】

U vindt uw Japans basispensioennummer of pensioenboeknummer op de kennisgeving van het basispensioennummer of op uw pensioenboek.

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, en 5: Gelieve in te vullen in Romeinse hoofdletters. (Geldt ook voor de rest van dit formulier)
- U mag ook "Katakana-letters" gebruiken als ze beschikbaar zijn. (Geldt ook voor de rest van dit formulier)
- 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。

Wanneer u een rechthebbende echtgeno(o)t(e) heeft, vul dan deze rubrieken in. Wordt eveneens als rechthebbende echtgeno(o)t(e) beschouwd, een de facto echtgeno(o)t(e) die niet officieel geregistreerd is als gehuwde echtgeno(o)t(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。

社会保障に関する日本国とベルギー王国との間の協定

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

B/J1 白→日

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

Kruis bij "Aard van het aangevraagde voordeel" het vakje aan van het voordeel dat u met dit formulier aanvraagt.

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。

Geef het jaar aan in vier cijfers en de maand en de dag in twee cijfers, bijvoorbeeld "1955 12 15" voor 15 december 1955. (Geldt ook voor de rest van dit formulier)

年月日の年は、西暦4桁を記入します。
例：1955年12月15日

Als uw echtgeno(o)t(e) nooit recht heeft gehad op een Japans pensioen, gelieve dan in dit vak in te vullen "Hij/zij heeft nooit recht gehad op een Japans pensioen".

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。

Wanneer u een rechthebbend kind/rechthebbende kinderen heeft, vul dan deze rubrieken in.

Een rechthebbend kind is een kind dat jonger is dan 18 jaar (tot de eerste 31 maart na de 18e verjaardag) of dat jonger is dan 20 jaar als het gehandicapt is.

子がいるときに記入します。

子の場合、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。

Gelieve de naam van de bank en van het filiaal in te vullen in Romeinse hoofdletters.

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。

- Deel 1: Vermeld of u een ander Japans overheidspensioen voor ouderdom, arbeidsongeschiktheid of overlijden ontvangt of heeft aangevraagd (zie de lijst van de toepasselijke pensioenstelsels hiernaast). Zo ja, gelieve de naam van het overheidspensioenstelsel, het type pensioenuitkering, de datum van ingang en de pensioencode of het nummer van het pensioenattest te vermelden.

- Wanneer u één van de onderlinge bijstandspensioenen ontvangt, vermeld dan de naam van de onderlinge bijstandsvereniging onder "Benaming van het stelsel".

- Deel 2: Indien van toepassing, gelieve de informatie met betrekking tot de uitkering van uw echtgeno(o)t(e) te vermelden, zoals hierboven is aangegeven.

- -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。

- -5.2 は、配偶者について上記と同じ要領で記入します。

3. 子に関する情報 / Kind van de aanvrager			
1	①氏 Familiennaam	ローマ字 / In Romeinse letters カタカナ / In Katakana letters	②名 Voornaam
	③性別 Geslacht	<input type="checkbox"/> 男 / Man <input type="checkbox"/> 女 / Vrouw	④生年月日 Geboortedatum
		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 Familiennaam	ローマ字 / In Romeinse letters カタカナ / In Katakana letters	②名 Voornaam
	③性別 Geslacht	<input type="checkbox"/> 男 / Man <input type="checkbox"/> 女 / Vrouw	④生年月日 Geboortedatum
		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		④銀行の住所 Adres van de bank	
<input type="checkbox"/> 本店 / Hoofdkantoor <input type="checkbox"/> _____ 支店 Bijkantoor		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			
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	①制度名 Benaming van het stelsel	③支給を受けることとなった年月日 Beginndatum van het voordeel	
	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			
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	
2	①制度名 Benaming van het stelsel	③支給を受けることとなった年月日 Beginndatum van het voordeel	
	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			

Toepasselijke overheidspensioenstelsels

A. Wet betreffende het Nationaal Pensioen

B. Wet betreffende de Pensioenverzekering voor Werknemers

C. Wet betreffende de Verzekering voor Zeelieden (alleen vóór april 1986)

D. Wet betreffende de vereniging voor onderlinge bijstand van de Nationale Openbare Ambtenaren (Met inbegrip van de wetten betreffende de invoering van langetermijnuitkeringen afgekondigd vóór april 1986)

E. Wet betreffende de vereniging voor onderlinge bijstand van de Plaatselijke Openbare Ambtenaren (Met inbegrip van de wetten betreffende de invoering van langetermijnuitkeringen afgekondigd vóór april 1986)

F. Wet betreffende de onderlinge bijstand voor het Personeel van de Private Scholen

G. Wet betreffende de vereniging voor onderlinge bijstand voor de werknemers van de landbouw-, bosbouw-, en visserij-instellingen

H. Wet betreffende het pensioen van de Openbare Ambtenaren

I. Verordening van de plaatselijke overheid betreffende het rustpensioen voor Plaatselijke Openbare Ambtenaren

J. Wet betreffende de vereniging voor onderlinge bijstand voor de mijnwerkers van de YAWATA-fabriek van Nippon Steel Co waarvan de overheid eigenaar is

K. Bijkomende bepaling artikel 13 van de wet op de bijzondere ambtenaren van de arrondissementsrechtbanken

L. Wet betreffende bijzondere maatregelen voor vroegere gerechtigden van de verenigingen voor onderlinge bijstand

M. Wet betreffende de bijstand voor oorlogsslachtoffers en overlevenden

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

Als u niet zeker bent van de precieze data, vermeld dan zo veel mogelijk informatie, zoals de maand of het seizoen, bijvoorbeeld de zomer van het jaar 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。

- Vermeld al uw verzekeringstijdvakken vervuld krachtens een overheidspensioenstelsel in chronologische volgorde, van het oudste (eerste) tot het recentste tijdvak.
- Indien uw adres veranderde tijdens het tijdvak dat u verzekerd was onder het nationaal pensioen, gelieve dan het oude adres en de periode dat u er woonde te vermelden.
- Indien de werkgever van naam of adres veranderde of indien u naar een ander filiaal werd overgeplaatst tijdens het tijdvak dat u verzekerd was onder de pensioenverzekering voor werknemers, gelieve dan de naam van de individuele werkgever, het adres, het verzekeringstijdvak en de naam van het respectievelijke pensioenstelsel te vermelden.

- 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 / 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 scheeps eigenaar 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 scheeps eigenaar 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			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			

(注) 国民年金名が (*) Vul het (Zeelieden het ver

最後に勤務した
Betreffende de laa

②健康保険の被保険者証の記号番号 (その場合は記入)

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?

はい / Ja 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.

- Vermeld de officiële naam van de werkgever die werd aangegeven aan de dienst voor sociale verzekering of aan het regionale bureau voor sociale verzekering tijdens het verzekeringstijdvak.

- Vermeld voor de werkgevers ook de specifieke namen van de filialen of de fabrieken, zoals het filiaal in Tokio van een bedrijf.

- Indien u verzekerd bent bij de verenigingen voor onderlinge bijstand, vermeld dan de naam van de vereniging en de werkgever voor het verzekeringstijdvak.

- Vermeld de Japanse naam indien u hem kent.

- Indien u verzekerd bent onder het stelsel van het nationaal pensioen, vermeld dan "nationaal pensioen".

- 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。

Vermeld het overeenkomstige nummer van elk stelsel dat aangegeven is onderaan deel 6.

欄外の該当する年金制度の番号を記入します。

- Vermeld het adres of minstens de naam van de provincie, de stad of de plaats als u de gegevens niet kent.
- Het kan zijn dat sommige werknemers die feitelijk in het filiaal van Osaka van een bedrijf werken, ingeschreven zijn voor de pensioenverzekering voor werknemers bij de dienst voor sociale verzekeringen van Tokio, waar de maatschappelijke zetel van de werkgever is. Wanneer dat bij u het geval is, vermeld dan het adres van de werkgever waar u ingeschreven bent voor de pensioenverzekering voor werknemers.
- Doe hetzelfde voor de verenigingen voor onderlinge bijstand.
- Indien u verzekerd bent onder het stelsel voor het nationaal pensioen, vermeld dan uw adres.
- 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るときは、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。

Wanneer u een uitkering voor arbeidsongeschiktheid aanvraagt, vul dan deze rubriek in.

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>過去に日本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>年金の名称 / Nom de la pension</td> <td></td> </tr> <tr> <td>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">傷病について / À propos de maladies/lésions</td> </tr> <tr> <td>①傷病名 / Nom de la maladie/lésion</td> <td></td> </tr> <tr> <td>②傷病の発生した日 / Date de début</td> <td>年 / A 月 / M 日 / J</td> </tr> <tr> <td>③初診日 Date du premier examen médical</td> <td>年 / A 月 / M 日 / J</td> </tr> <tr> <td>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>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>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>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>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>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>⑨傷病の原因は第三者行為によりですか。 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="2">申請者の署名 / Signature</td> </tr> </table>	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ですか。 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	
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ですか。 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																									

Kruis één van de twee onderstaande aanvragen aan:

1. Aanvraag voordeel wegens het begin van een arbeidsongeschiktheid tijdens de bijdragebetaling
 - Wanneer u de vereiste graad van arbeidsongeschiktheid heeft op de dag dat er een jaar en zes maanden zijn verstreken sinds het eerste medisch onderzoek van de ziekte of het letsel, kan u een uitkering aanvragen.
 - U kunt ook uitkeringen aanvragen nog voor de periode van een jaar en zes maanden verstreken is wanneer het letsel genezen is of geëvolueerd is naar een toestand van arbeidsongeschiktheid wanneer het niet genezen is.
 - Er dient opgemerkt te worden dat u moet beschikken over bepaalde rechtgevendende verzekeringstijdvakken.
2. Aanvraag voor uitkeringen wegens gevorderde graad van arbeidsongeschiktheid
 - Zelfs wanneer voorwaarde 1 hierboven niet op u van toepassing is, kan u nog steeds een uitkering aanvragen wanneer uw graad van arbeidsongeschiktheid de vereiste graad bereikt op een latere datum.
 - Er dient opgemerkt te worden dat u uw aanvraag moet indienen vóór u de leeftijd van 65 jaar bereikt.
 - U hebt recht op de uitkering toegekend voor de volgende maanden vanaf de maand die volgt op die van uw aanvraag.

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。

Vereiste bewijsstukken

1. Uw originele pensioenboek of het oorspronkelijke attest van sociaal verzekerde (wanneer u geen van beide kan bijvoegen, voeg dan een document toe met daarin de redenen waarom het onmogelijk is).
2. Een attest van de burgemeester van uw stad of gemeente of een kopie van het uittreksel uit het familieregister of elk ander geldig vervangend document dat uw geboortedatum bewijst.
3. Wanneer u een echtgeno(o)t(e) of kind(eren) heeft die onder de volgende categorieën vallen en die financieel te uwen last zijn, voeg dan alle onderstaande bewijsstukken toe.
 - Uw echtgeno(o)t(e) (of een de facto echtgeno(o)t(e) die niet officieel geregistreerd is als gehuwd met u)
 - Uw kind tot de leeftijd van 18 jaar voor wie de eerste 31 maart na zijn of haar 18^e verjaardag is nog niet verstreken is of uw kind tot de leeftijd van 20 jaar wanneer het een handicap van de eerste of de tweede graad heeft zoals bepaald in de verordening van de regering tot uitvoering van de wet op de pensioenverzekering voor werknemers.
 - a) Een attest van de burgemeester van uw stad of gemeente of een kopie van het uittreksel uit het familieregister of elk ander geldig vervangend document dat hun geboortedatum bewijst (een kopie van een uittreksel uit het bevolkingsregister kan niet aanvaard worden als vervangend bewijsstuk).
 - b) Een kopie van een uittreksel uit het bevolkingsregister of elk ander geldig vervangend document dat bewijst dat ze deel uitmaken van uw gezin en het gezinsleven delen (wanneer ze op een ander adres wonen, gelieve dan een nota bij te voegen met de reden daarvoor).
 - c) Een attest van hun inkomen of bestaansmiddelen (een attest dat uw kind geregistreerd is als student wordt eveneens aanvaard).

Opmerking: U mag een kopie van een uittreksel uit het familieregister of elk ander geldig vervangend document bijvoegen voor punten 2. en 3. a) hierboven.

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. Een document met de naam van uw financiële instelling en uw rekeningnummer, bijvoorbeeld een fotokopie van een rekeninguittreksel waarop deze informatie vermeld staat.
5. Een fotokopie van uw attest van overheidspensioen of elk vervangend bewijsstuk wanneer u JA antwoordt in deel 1 of 2 van deel 5.
6. Een fotokopie van uw pensioenattest of elk ander bewijsstuk, wanneer u aanspraak kan maken op de uitkeringen van het stelsel vermeld in van rubriek 3, deel 7.

〈Attest van diagnose of medisch bewijs〉

Wanneer u een arbeidsongeschiktheidsuitkering aanvraagt of wanneer uw kind met een handicap vermeld in deel 3 in aanmerking komt, sturen wij u later een model van attest van diagnose toe. Uw attest van diagnose moet dan opgemaakt worden overeenkomstig het model en bij ons worden ingediend.

Wanneer u op dit ogenblik (op het moment dat u dit aanvraagformulier invult) over een document of een medisch bewijs beschikt met betrekking tot uw letsel of arbeidsongeschiktheid, gelieve dit document dan bij dit formulier te voegen.

〈Pensioenen van de verenigingen voor onderlinge bijstand (VOB) en forfaitaire uittredingspremies van de VOB〉

Wanneer u in het verleden forfaitaire uittredingspremies van de VOB heeft ontvangen, dienen deze premies terugbetaald te worden door ze af te trekken van het VOB-pensioen.

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。