

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/J2 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(死亡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 la Pension de Survie)

(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

※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

受付日が入ったスタンプ
Cachet indiquant la date de réception

死亡者の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

1. 死亡者に関する情報 / Défunt

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

2. 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死亡者との続柄 / Lien de parenté avec le défunt			
⑦申請者の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Numéro de pension de base ou numéro du livret de pension du demandeur			
⑧電話番号 Numéro de téléphone			

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

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 son 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 il/elle était 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 ancienne adresse, au moment où il ou elle avait été enregistré pour la Pension nationale	加入していた年金制度等 (注) Régime de pension où il ou elle 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			
/ / 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.

死亡者が最後に勤務した事業所又は死亡時勤務していた事業所について À propos du lieu de la dernière/actuelle occupation du défunt	①名称 Nom	
②健康保険の被保険者証の記号番号 (わかれば記入) Numéro de code de son certificat d'assurance soins de santé pour travailleurs salariés (si disponible)		
死亡者は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。 A-t-il (ou elle) été 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 il/elle a payé les cotisations d'assurance	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. 死亡を支給事由とする年金に関する情報 / Informations pour la demande de pension de survie

①死亡年月日 Date de décès		年 / A		月 / M		日 / J	
②死亡の原因である疾病又は負傷の名称 Nom de la maladie/lésion qui a entraîné la mort							
③疾病又は負傷の発生した日 Date de début de la maladie/lésion		年 / A		月 / M		日 / J	
		④疾病又は負傷の初診日 Date du premier examen médical		年 / A		月 / M	
				日 / J			
⑤死亡の原因である疾病又は負傷の発生原因 Cause de la maladie/lésion qui a entraîné la mort							
⑥死亡の原因は第三者行為によりますか。 La mort a-t-elle été causée par un tiers ?		<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non		⑦申請を行う人は死亡者の相続人になりますか。 Le demandeur est-il un héritier légal du défunt ?		<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non	
⑧死亡した人は次の年金制度の被保険者、組合員または加入者となっていましたか。あるときは番号を○で囲んでください。 Le défunt s'était-il inscrit à l'un des régimes légaux de pension ? Si oui, entourez le numéro du régime applicable.						<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non	
1. 国民年金法 / Législation sur la Pension nationale 2. 厚生年金保険法 / Législation sur l'Assurance Pension pour Travailleurs salariés 3. 船員保険法（1986年4月以後を除く） / Législation sur l'Assurance Pension pour Marins (seulement avant avril 1986) 4. 国家公務員共済組合法 / Législation relative à l'Association d'Assistance mutuelle pour les Fonctionnaires nationaux 5. 地方公務員等共済組合法 / Législation relative à l'Association d'Assistance mutuelle pour les Fonctionnaires locaux 6. 私立学校教職員共済法 / Législation relative à l'Association d'Assistance mutuelle pour le Personnel de l'Enseignement privé 7. 旧市町村職員共済組合法 / Législation relative à l'Association d'Assistance mutuelle pour les Fonctionnaires communaux 8. 地方公務員の退職年金に関する条例 / Règlement de l'Administration locale relative à la Pension de retraite des Fonctionnaires locaux 9. 恩給法 / Loi relative à la Pension des Fonctionnaires 10. その他 / Autres ()							
⑨死亡者は⑧の年金制度の年金を受給していましたか。受けていたときは、下記に記入してください。 Le défunt percevait-il une pension à charge d'un des régimes de pension énumérés en ⑧ ci-dessus? Si oui, prière de compléter ci dessous.						<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non	
制度名 Nom du régime		年金コードまたは年金証書の記号番号 Code Pension ou Numéro du Brevet de Pension					

8. 代表者選任に関する情報 / Désignation du représentant s'il y a plus d'un demandeur entrant en ligne de compte

請求代表者の氏名 Nom du représentant	ローマ字 / En lettres romaines	請求代表者の生年月日 Date de naissance du représentant	年 / A 月 / M 日 / J
	カタカナ / En caractères Katakana		
請求代表者の住所 Adresse du représentant	ローマ字 / En lettres romaines	請求代表者の元受給者との続柄 Lien de parenté avec le défunt	
	カタカナ / En caractères Katakana		

上記の者を請求代表者とします。
Nous désignons la personne ci-dessus comme notre représentant

同順位者記入欄
Liste des demandeurs

氏名 Nom	ローマ字 / En lettres romaines	生年月日 Date de naissance	年 / A 月 / M 日 / J
	カタカナ / En caractères Katakana		
住所 Adresse	ローマ字 / En lettres romaines	元受給者との続柄 Lien de parenté avec le défunt	
	カタカナ / En caractères Katakana		
氏名 Nom	ローマ字 / En lettres romaines	生年月日 Date de naissance	年 / A 月 / M 日 / J
	カタカナ / En caractères Katakana		
住所 Adresse	ローマ字 / En lettres romaines	元受給者との続柄 Lien de parenté avec le défunt	
	カタカナ / En caractères Katakana		
氏名 Nom	ローマ字 / En lettres romaines	生年月日 Date de naissance	年 / A 月 / M 日 / J
	カタカナ / En caractères Katakana		
住所 Adresse	ローマ字 / En lettres romaines	元受給者との続柄 Lien de parenté avec le défunt	
	カタカナ / En caractères Katakana		
氏名 Nom	ローマ字 / En lettres romaines	生年月日 Date de naissance	年 / A 月 / M 日 / J
	カタカナ / En caractères Katakana		
住所 Adresse	ローマ字 / En lettres romaines	元受給者との続柄 Lien de parenté avec le défunt	
	カタカナ / En caractères Katakana		
氏名 Nom	ローマ字 / En lettres romaines	生年月日 Date de naissance	年 / A 月 / M 日 / J
	カタカナ / En caractères Katakana		
住所 Adresse	ローマ字 / En lettres romaines	元受給者との続柄 Lien de parenté avec le défunt	
	カタカナ / En caractères Katakana		

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