

CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE JAPON ET LE ROYAUME DE BELGIQUE (ARTICLES 17 ET 18 DE LA CONVENTION)

Veillez ne rien noter dans cette case. 本欄には何も記入しないこと

DEMANDE D'INDEMNITES D'INVALIDITE BELGES

社会保障に関する日本国とベルギー王国との間の協定 (協定第 17 条及び第 18 条)

ベルギー障害給付申請書

Numéro de référence japonais 日本への照会番号

A compléter uniquement par l'organisme de liaison japonais 日本保険者により記入される欄

Ce formulaire est en français. Vous pouvez également remplir une version en néerlandais. L'organisme belge compétent utilisera la langue que vous avez choisie. Veuillez remplir complètement ce document, le dater, le signer et le renvoyer au bureau japonais local, étant l'association d'assistance mutuelle auquel vous êtes affilié ou à l'Office d'assurance le plus proche. この様式はフランス語で作成されています。オランダ語の様式に記入いただくこともできます。ベルギーの実施機関は、申請者が選択した言語を使用します。この書類に漏れのないように記入し、日付を書き入れ署名した上で、あなたが加入している共済組合又はお近くの社会保険事務所へ提出してください。

Numéro de pension japonaise de base 日本への基礎年金番号

Numéro d'identification belge de la sécurité sociale ベルギー社会保障番号

I. Données qui vous concernent / 申請者に関する情報

A. Données personnelles 申請者個人に関する情報

A.1 Nom de famille / 氏 :
A.2 Nom à la naissance / 出生時の旧姓 :
A.3 Prénoms / 名 :
A.4 Sexe / 性別 : Homme / 男 [] Femme / 女 []
A.5 Date de naissance / 生年月日 : []-[]-[]-[]-[] (J/日 - M/月 - A/年)
A.6 Pays de naissance / 出生国 :
A.7 Adresse /住所: Rue et numéro /通り・番地 :
Ville /市町村 : Pays /国 :
A.8 Téléphone /電話 :

C.4 Si vous exercez une activité comme indépendant, décrivez la nature de cette activité
申請者が自営業者として就労している場合、職種を記入してください：
.....

C.5 Date de cessation de votre activité professionnelle / 申請者が就労を止めた年月日：

travailleur salarié /被用者として：-- (J/日 - M/月 - A/年)

indépendant /自営業者として：-- (J/日 - M/月 - A/年)

C.6 Je déclare n'avoir aucun revenu /私はいかなる所得も得ていないことを宣言します

C.7 L'invalidité /障害

est présumée

次の事由が推測される。

n'est pas présumée

次の事由は推測されない。

..... avoir été causée par un tiers responsable / 第三者行為が原因とされる障害

résulte

障害は次の事由が原因

ne résulte pas /

障害は次の事由が原因ではない。

..... d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle / 労働災害又は職業病

C.8 A la date du début de votre incapacité de travail, vous /

就労不能が始まった時、申請者は

étiez assuré comme travailleur salarié (chômeur) en Belgique /au Japon (*)

ベルギー / 日本 (*) において被用者(又は失業者)として被保険者であった

étiez assuré comme travailleur indépendant en Belgique /au Japon (*)

ベルギー / 日本 (*) において自営業者として被保険者であった

n'étiez pas assuré / 被保険者ではなかった

D. Informations relatives à vos droits aux prestations de sécurité sociale

申請者の社会保障給付の権利に関する情報

	J'ai demandé les prestations suivantes 下記給付を申請中	Je bénéficie des prestations suivantes 下記給付を受給中
D.1 Continuation du paiement du salaire en cas de maladie 疾病の場合における給与の継続的な支払	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.2 Indemnités de l'assurance maladie pour incapacité de travail 就労不能のための疾病保険からの給付	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.3 Pension d'invalidité /障害年金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.4 Pension de vieillesse /老齢年金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.5 Rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle 労働災害又は職業病のための年金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.6 Prestations de chômage ou de préretraite 失業又は早期退職給付	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D.7 Prestations pour l'assistance d'une tierce personne

第三者行為による求償給付

Oui /はい

Non /いいえ

D.8 Institution(s) débitrice(s) des prestations visées aux points D1 à D7

D1～D7 項に記載した給付の支払機関

(Nom, adresse / 名称, 所在地)

D.....

D.....

D.....

D.....

D.9 Renseignements complémentaires concernant les prestations visées aux points D1 à D7

D1～D7項に記載した給付に関する補足情報

Concerne prestations 給付の種類	Numéro de référence 照会番号	Période ou date d'effet 受給期間又は 受給開始日	Montant / 合計額	
D....			<input type="checkbox"/> par jour / 日額	□□□□□□.□□yen-euro (*) 円-ユーロ(*)
			<input type="checkbox"/> par semaine / 週額	□□□□□□.□□yen-euro (*) 円-ユーロ(*)
			<input type="checkbox"/> par mois / 月額	□□□□□□.□□yen-euro (*) 円-ユーロ(*)
			<input type="checkbox"/> par année / 年額	□□□□□□.□□yen-euro (*) 円-ユーロ(*)
D....			<input type="checkbox"/> par jour / 日額	□□□□□□.□□yen-euro (*) 円-ユーロ(*)
			<input type="checkbox"/> par semaine / 週額	□□□□□□.□□yen-euro (*) 円-ユーロ(*)
			<input type="checkbox"/> par mois / 月額	□□□□□□.□□yen-euro (*) 円-ユーロ(*)
			<input type="checkbox"/> par année / 年額	□□□□□□.□□yen-euro (*) 円-ユーロ(*)

II. Renseignements concernant les membres de votre famille/申請者の家族に関する情報

A. Votre conjoint(e) /申請者の配偶者 Votre partenaire cohabitant(e) /同棲中のパートナー

A.1 Nom de famille / 氏 :

A.2 Nom de naissance / 出生時の旧姓 :

A.3 Prénoms / 名 :

A.4 Date de naissance / 生年月日 : - - (J/日 - M/月 - A/年)

Pays de naissance / 出生国 :

A.5 Adresse / 住所 :

.....

A.6 Date de mariage /cohabitation - - (J/日 - M/月 - A/年)

婚姻日 / 同棲を始めた日 :

A.7 Votre conjoint /partenaire / 申請者の配偶者 / パートナーは

exerce /就労しています n'exerce pas /就労していません

.....une activité professionnelle

A.8 Dans l'affirmative, montant de ses revenus / 就労している場合、所得額は :

mensuel / 月額 trimestriel / 四半期の額 annuel / 年額

. yen /euro (*) (***) / 円 /ユーロ (*) (***)

A.9 Votre conjoint /partenaire / 申請者の配偶者 / パートナーは

a déposé une demande de pension / 次の年金の申請書を提出しました

comme salarié / 被用者制度

comme fonctionnaire / 公務員制度

comme indépendant / 自営業者制度

est titulaire d'une pension / 年金の受給者です

n'est pas titulaire d'une pension / 年金の受給者ではありません

Dans l'affirmative, / 受給者の場合には

A.10 Nature de la pension / 年金の種類 :

A.11 Numéro de la pension / 年金番号 :

A.12 Institution débitrice / 支払機関 :

A.13 Montant / 合計額 mensuel / 月額 trimestriel / 四半期の額 annuel / 年額

. yen /euro (*) / 円 /ユーロ (*)

A.14 Votre conjoint /partenaire / 申請者の配偶者 / パートナーは

bénéficie d'autres prestations sociales

他の社会保障給付を受給しています

chômage / 失業

maladie / 疾病

invalidité / 障害

autres / その他

ne bénéficie pas d'autres prestations /
他の社会保障給付を受給していません

A.15 Institution débitrice / 支払機関 :

A.16 Date de début / 受給開始日 : - - (J/日 - M/月 - A/年)

A.17 Montant / 合計額 mensuel / 月額 trimestriel / 四半期の額 annuel / 年額

. yen / euro (*) / 円 / ユーロ (*)

B. Enfants qui habitent chez vous (à remplir si vous n'habitez pas avec votre conjoint(e) /partenaire cohabitant(e))

申請者と同居する子 (申請者が配偶者又はパートナーと同居しない場合のみ、記入してください)

B.1	Nom de famille 氏	Prénoms 名	Pays et date de naissance, date de mariage 出生国及び生年月日、婚姻日
1.

2.

3.

4.

C. Ascendants et autres membres de la famille qui habitent chez vous (à remplir si vous n'habitez pas avec votre conjoint(e) /partenaire cohabitant(e))

申請者と同居する尊属及び他の家族 (申請者が配偶者又はパートナーと同居しない場合のみ、記入してください)

C.1	Nom de famille 氏	Prénoms 名	Date de naissance 生年月日	Lien de parenté 続柄

C.2	Observations / 備考 :			
			

III. Déclaration du demandeur / 申請者による宣言

Je déclare sur l'honneur que toutes les réponses contenues dans ce formulaire sont correctes. J'ai connaissance de ce que les sommes payées indûment seront récupérées. Je m'engage à communiquer à l'institution à laquelle j'envoie ce formulaire, toute modification qui interviendrait dans une des données reprises ci-dessus.

上記のすべての質問に対する回答は正確であることを誓約します。
不当な給付に対しては返還請求を受けるということを理解しています。
上記に言及した情報に変更が生じた場合には、この申請書を送付した機関に直ちに通知することに同意します。

Fait à /(Lieu et pays), le

作成地(市町村・国), 作成日 □□-□□-□□□□ (J/日 - M/月 - A/年)

Signature
署名

(*) *Biffer ce qui ne correspond pas*

(*) 該当しない語には取り消し線を引いてください。

(**) *Veillez ajouter une fiche de paye récente (salariés)*

(**) 最近の給与明細を添付してください(被用者)。

(***) *Veillez ajouter une fiche de paye récente (salarié) ou une copie de la dernière déclaration d'impôts (indépendant) de votre partenaire /conjoint*

(***) 配偶者又はパートナーの最近の給与明細(被用者)あるいは最新の所得税申告書の写し(自営業者)を添付してください。