

社会保障に関する日本国とブラジル連邦共和国との間の協定

JP/BR0 1A 伯→日

ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE O JAPÃO E A REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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)

Formulário de Pedido para Pensão Nacional / Seguro de Pensão para Empregados (pensão por idade/invalidez)
(Usado também para Pensão de Ajuda Mútua)

ブラジル実施機関記入欄
Usu da Instituição competente do Brasil.

受付日が入ったスタンプ
Carimbo com data de recebimento da instituição competente do Brasil

| |
|---|
| 日本の照会番号 Número de referência japonês |
| |

※日本保険者により記入される欄
Uso exclusivo dos organismos de ligação japoneses

※この請求書は、ブラジルのINSS窓口提出用です。
Este formulário deve ser apresentado ao INSS no Brasil

| |
|--|
| 日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Nº de Pensão Básico Japonês ou Código do Caderno de Pensão |
| |

| |
|---|
| ブラジルにおける労働者識別番号 Número de inscrição do trabalhador no Brasil |
| |

申請のあった給付の種類 / Benefícios solicitados

老齢を支給事由とする年金 / Idade 障害を支給事由とする年金 / Invalidez

1. 申請者に関する情報 / Requerente

| | | | | | | |
|--|--|------------|----------------------------|----------------------|---------|---------|
| ①氏 Sobrenome | ローマ字 / em letras romanas | ②名 Nome | ローマ字 / em letras romanas | | | |
| | カタカナ / em letras Katakana 漢字 / em letras Kanji | | カタカナ / em letras Katakana | 漢字 / em letras Kanji | | |
| ③性別 Sexo | <input type="checkbox"/> 男 / Masculino <input type="checkbox"/> 女 / Feminino | | ④生年月日 Data de ascimento | 西暦 / Ano | 月 / Mês | 日 / Dia |
| | | | | | | |
| ⑤住所 Endereço | ローマ字 / em letras romanas | | | | | |
| | カタカナ / em letras Katakana | | | | | |
| ⑥電話番号 (国番号、エリアコードを含む) Nº de telefone incluindo código da área e do país | | | | | | |

2. 配偶者に関する情報 / Cônjuge do Requerente

| | | | | | | |
|--|--|------------|-----------------------------|----------------------|---------|---------|
| ①氏 Sobrenome | ローマ字 / em letras romanas | ②名 Nome | ローマ字 / em letras romanas | | | |
| | カタカナ / em letras Katakana 漢字 / em letras Kanji | | カタカナ / em letras Katakana | 漢字 / em letras Kanji | | |
| ③性別 Sexo | <input type="checkbox"/> 男 / Masculino <input type="checkbox"/> 女 / Feminino | | ④生年月日 Data de nascimento | 西暦 / Ano | 月 / Mês | 日 / Dia |
| | | | | | | |
| ⑤基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Nº de Pensão Básico Japonês ou Código do Caderno de Pensão | | | | | | |
| ⑥年収が850万円未満ですか Renda anual abaixo de 8,5 milhões de yens? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não | | | | | | |

3. 子に関する情報 / Informações sobre filhos

| | | | | | | |
|---|--|--|----------------------|--|---|----------------------|
| 1 | ①氏 Sobrenome | ローマ字 / em letras romanas カタカナ / em letras Katakana | 漢字 / em letras Kanji | ②名 Nome | ローマ字 / em letras romanas カタカナ / em letras Katakana | 漢字 / em letras Kanji |
| | ③性別 Sexo | <input type="checkbox"/> 男 / Masculino <input type="checkbox"/> 女 / Feminino | | ④生年月日 Data de nascimento | 西暦 / Ano | 月 / Mês 日 / Dia |
| | ⑤障害の状態にありますか / Criança com deficiência? | | | <input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não | | |
| | ⑥年収が850万円未満ですか Renda anual abaixo de 8,5 milhões de yens? | | | <input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não | | |
| 2 | ①氏 Sobrenome | ローマ字 / em letras romanas カタカナ / em letras Katakana | 漢字 / em letras Kanji | ②名 Nome | ローマ字 / em letras romanas カタカナ / em letras Katakana | 漢字 / em letras Kanji |
| | ③性別 Sexo | <input type="checkbox"/> 男 / Masculino <input type="checkbox"/> 女 / Feminino | | ④生年月日 Data de nascimento | 西暦 / Ano | 月 / Mês 日 / Dia |
| | ⑤障害の状態にありますか / Criança com deficiência? | | | <input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não | | |
| | ⑥年収が850万円未満ですか Renda anual abaixo de 8,5 milhões de yens? | | | <input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não | | |

4. 支払金融機関に関する情報 / Informações da instituição financeira para remessa do benefício

| | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------|---|
| ①銀行の名前 Nome do banco | | ③口座番号 Número da conta | |
| ②本店又は支店名 Sede ou sucursal do Banco | <input type="checkbox"/> 本店 / Sede <input type="checkbox"/> _____ 支店 Sucursal | ④銀行の住所 Endereço do banco | ローマ字 / em letras romanas カタカナ / em letras Katakana |

5. 現在、受給している日本国の公的年金に関する情報 / Pensão pública japonesa que o requerente está recebendo

| | | | | | |
|--|--|---|----------|---------|---------|
| 申請者は既に日本国の公的年金を受給していますか。 O requerente está recebendo benefício de algum sistema público japonês de pensão? | | <input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não | | | |
| 1 | ①制度名 Nome do sistema | ③支給を受けることになった年月日 Data da concessão do benefício | 西暦 / Ano | 月 / Mês | 日 / Dia |
| | ②年金の種類 Tipo de pensão | <input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金/Idade <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金/Invalidez <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金/Morte | | | |
| | ④年金コード又は年金証書の記号番号 Código de Pensão ou Código do Certificado de Pensão | | | | |
| 配偶者は既に日本国の公的年金を受給していますか。 O cônjuge do(a) segurado(a) está recebendo benefício de algum sistema público japonês de pensão? | | <input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não | | | |
| 2 | ①制度名 Nome do sistema | ③支給を受けることになった年月日 Data da concessão do benefício | 西暦 / Ano | 月 / Mês | 日 / Dia |
| | ②年金の種類 Tipo de pensão | <input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金/Idade <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金/Invalidez <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金/Morte | | | |
| | ④年金コード又は年金証書の記号番号 Código de Pensão ou Código do Certificado de Pensão | | | | |

6. 日本の保険加入期間に関する情報 / Histórico de cobertura dos Sistemas Japoneses de Pensão

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。

Preencha o seu histórico de contribuição sob cobertura do sistema público de pensão japonês da forma mais detalhada e exata possível.

| 加入期間 (西暦/月/日) Periodos de cobertura De A/M/D Até A/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 / Nome do estabelecimento empregador, ou do proprietário da embarcação da qual você foi tripulante | 事業所 (船舶所有者) の所在地又は国民年金加入時の住所 / Endereço do estabelecimento empregador, ou do proprietário da embarcação da qual você foi tripulante, ou o endereço onde você residia quando estava inscrito no Sistema de Pensão Nacional | 加入していた年金制度等 (注) Sistema de pensão no qual você estava inscrito (*) |
|---|--|---|---|
| / / 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。
- 共済組合「4」の場合は、加入した共済組合の名称もこの欄に記入してください。
- 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。

(*)

- Preencha o espaço com os números da seguinte maneira: "1" para Pensão Nacional; "2" para Seguro de Pensão para Empregados; "3" para Seguro de Pensão para Tripulantes de Embarcações (Marinheiros); e "4" para Pensão de Ajuda Mútua
- No caso de "4", Pensão de Ajuda Mútua, preencha a designação da Associação de Ajuda Mútua correspondente.
- Preencha esta coluna com seu sobrenome de solteiro/a, caso o mesmo tenha sido mudado em virtude de casamento ou outras razões.

| | | |
|---|--|---------|
| 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 Sobre seu último local de trabalho ou o estabelecimento onde você trabalha atualmente | ①名称 Nome do empregador | |
| ②健康保険の被保険者証の記号番号 (わかずひま記入) Código da Carteira de Segurado do Seguro Público de Saúde (se você souber) | | |
| 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。 Alguma vez você já foi o segurado tipo 4 quem contribui individualmente ao Sistema Básico de Pensão ou o segurado voluntário e contínuo sob o regime de Seguro de Pensão para Tripulantes de Embarcações? | <input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não | |
| ①被保険者の整理記号番号 Nº do código de referência da pessoa segurada | | |
| ②保険料を納めた期間 Períodos durante os quais as contribuições foram pagas | 西暦 / Ano | |
| | 自 / De | 月 / Mês |
| ③保険料を納めた年金事務所名 (社会保険事務所名) Nome da Instituição/Escritório de Seguro Social para a qual as contribuições do seguro foram pagas (Sucursal do Serviço de Pensão do Japão) | 日 / Dia | |
| | 至 / Até | |

7. 障害を支給事由とする年金に関する情報 / Informação para solicitação de benefícios por invalidez

| | | | | | |
|--|---|--|--|------------------------------------|---------|
| 1 | 請求の区分 Tipo de solicitação | <input type="checkbox"/> ①認定日による請求 Solicitação de benefícios com início da incapacidade | <input type="checkbox"/> ②事後重症による請求 Solicitação de benefícios devido ao avanço/progresso da incapacidade | | |
| | ②の場合、過去に①による請求をしたことがありますか。 Se voce marcou ②, já solicitou benefícios pelo motivo ①? | | <input type="checkbox"/> はい / Sim | <input type="checkbox"/> いいえ / Não | |
| 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。 Você, alguma vez, já recebeu pensão pública japonesa por invalidez? | | <input type="checkbox"/> はい / Sim | <input type="checkbox"/> いいえ / Não | |
| | 年金の名称 / Nome da Pensão | | | | |
| | 年金コード又は年金証書の記号番号 Código de Pensão ou Nº do Certificado de Pensão | | | | |
| 3 | 傷病について / Sobre a doença/lesão | | | | |
| | ①傷病名 / Nome da doença ou lesão | | | | |
| | ②傷病の発生日 / Data do início da doença/lesão | | 西暦 / Ano | 月 / Mês | 日 / Dia |
| | ③初診日 Data do primeiro exame médico | | 西暦 / Ano | 月 / Mês | 日 / Dia |
| | ④初診日において加入していた公的年金制度 A qual sistema público de pensão vc estava vinculado quando da data do primeiro exame médico | | <input type="checkbox"/> 国民年金 / Pensão Nacional <input type="checkbox"/> 厚生年金保険 / Seguro de Pensão para Empregados <input type="checkbox"/> 共済組合 / Pensão de Ajuda Mútua <input type="checkbox"/> ブラジル年金制度 / Plano Brasileiro de Pensão | | |
| | 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 Data quando o estado da enfermidade/ferimento se tornou estável sem expectativa de maior recuperação | | 西暦 / Ano | 月 / Mês | 日 / Dia |
| | ⑥傷病の原因は職務上ですか。 A doença/lesão foi causada pelo trabalho? | | <input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não | | |
| | 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。 Você é elegível ou está requerendo benefícios para esta doença/lesão sob alguns dos sistemas listados a direita? | | <input type="checkbox"/> 労働基準法 / Lei Básica do Trabalho <input type="checkbox"/> 船員保険法/Lei de Seguro para trabalhadores marítimos <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法 / Lei do Seguro de Compensação por Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> 国家公務員災害補償法/ Lei do Seguro de Compensação por Acidente de Trabalho dos Funcionários Públicos Nacionais <input type="checkbox"/> 地方公務員災害補償法 / Lei do Seguro de Compensação por Acidente de Trabalho dos Funcionários Públicos Regionais <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 / Lei de Compensação Acidentária Ocupacional para Médicos, Dentistas e Farmacêuticos das Escolas Públicas | | |
| | ⑧ ⑦の制度から受けられるときはその種類 Tipo de benefícios do sistema escolhido em ⑦, para o qual você é elegível | | <input type="checkbox"/> 障害保障給付 (障害給付 / Benefício de Compensação por Deficiência (Benefício por Deficiência)) <input type="checkbox"/> 傷病補償給付 (傷病年金 / Benefício de Compensação por Invalidez (Benefício por Invalidez)) | | |
| | 支給の発生日 Data do direito | | 西暦 / Ano | 月 / Mês | 日 / Dia |
| ⑨傷病の原因は第三者行為によりますか。 A doença/lesão foi causada por uma situação que não esteja vinculada ao trabalho? | | <input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não | | | |

8. 署名 / Declaração e assinatura do requerente

私は、私の知る限りにおいて、本申請書に記載された情報は真正かつ完全であることを宣誓します。私はブラジルの実施機関が有する本給付申請に関わる又は関わる可能性のある情報および同機関が日本の実施機関に提供することを認めます。

Eu declaro que as informações por mim prestadas neste formulário são verdadeiras e completas. Autorizo a Instituição Competente Brasileira fornecer às Instituições Competentes Japonesas todas as informações e documentos que se relacionam ou poderiam estar relacionadas a este requerimento de benefícios.

申請者の署名:

Assinatura do requerente : _____

あなたが請求書に記入した内容を確認できる書類が必要となります。

次の表をご確認のうえ、指定された書類を請求書に添付して提出してください。請求書の記入内容と添付書類が一致しない場合は、こちらから照会させていただくこととなり、年金の支給を決定するまでに時間がかかることとなります。

| 該当する方 | | 添付しなくてはならない書類 | 自己 チェック欄 |
|------------------|--|--|--|
| 請求者 全員 | | <ul style="list-style-type: none"> 日本の年金手帳、基礎年金番号通知書または被保険者証 添付することができないときは、その理由を記載した文書 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | | あなたの生年月日を証明する書類 ^(注1) <ul style="list-style-type: none"> ●日本国籍の方は、日本の戸籍謄本、または領事館が証明する書類 ●日本国籍でない方は、国籍を保有する国における、生年月日を証明する公的な書類（出生証明書など） | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | | 請求書中「4.支払金融機関に関する情報」欄に記入した口座の情報を証明する書類 | <input type="checkbox"/> |
| | | 海外に居住していた期間を証明する書類で次のいずれか。 <ul style="list-style-type: none"> ・ パスポートのコピー（出入国の履歴、VISA等の情報がわかるページすべて） ・ 戸籍の附票 ・ 海外での居住期間を証明する日本領事館作成の在留証明書 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 右のそれぞれの項目に該当する方 | 日本国籍をお持ちの方またはお持ちだった方 | 海外に居住していた期間を証明する書類で次のいずれか。 <ul style="list-style-type: none"> ・ パスポートのコピー（出入国の履歴、VISA等の情報がわかるページすべて） ・ 戸籍の附票 ・ 海外での居住期間を証明する日本領事館作成の在留証明書 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 複数の日本の年金制度に加入していた方 | 加入していた各制度の保険者が交付する年金加入期間確認通知書 ※ 請求書中にて、日本の各年金制度の保険者間で年金保険期間の情報提供を同意する旨の署名をしている場合は、添付不要です。 | <input type="checkbox"/> |
| | 日本の年金をすでに受給している方 | 受給中の日本年金または恩給の証書のコピー ※ 受給中の証書をすべて添付してください。 | <input type="checkbox"/> |
| | 請求書中「2.配偶者に関する情報」または「3.子に関する情報」を記入した方（あなたが厚生年金または共済組合の期間をお持ちでないときは不要です。） | 配偶者の日本の年金手帳、基礎年金番号通知書または被保険者証 | <input type="checkbox"/> |
| | | 配偶者（または子）の生年月日、およびあなたと配偶者（または子）の身分関係を証明する市区町村長の証明書または日本の戸籍謄本 ^(注1) | <input type="checkbox"/> |
| | | ※ 事実上婚姻関係にある場合は、同一の住居に居住していることを証明する書類や、生活費など経済的な援助を行っていることを証明する書類を添付してください。 | <input type="checkbox"/> |
| | | （注2）で指定する年月日において、あなたと配偶者（または子）が生計を同一にしていることを確認できる世帯全員の住民票または住民票に代わる書類 ^(注1) | <input type="checkbox"/> |
| | | （注2）で指定する年月日の前年または前々年の、配偶者（または子）の収入または所得を確認できる所得証明書、課税証明書、確定申告書または源泉徴収票のいずれか | <input type="checkbox"/> |
| | | ※ 請求書中の2⑥または3⑥において「はい」と答えた方で、配偶者（または子）の収入が、（注2）で指定する年月日からおおむね5年以内に850万円（所得655.5万円）未満となることが見込まれる方は、その状況を証明できる書類（例えば、退職年齢を明らかにすることのできる勤務先の就業規則など）を添付してください。 | <input type="checkbox"/> |
| | 請求者の方と配偶者（または子）の世帯が異なる場合には、請求者が配偶者（または子）の生活費など経済的な援助を行っていることを証明する書類 | <input type="checkbox"/> | |
| | ※ 20歳未満で障害がある子を扶養しているときは、子の障害状態を確認させていただく必要がございますので、こちらから提出が必要な書類を送付いたします。 | | |
| 日本の失業給付を受給する予定の方 | 日本の雇用保険の被保険者番号が記載されている証明書のいずれかのコピー （例：雇用保険被保険者証、雇用保険受給資格者証または船員保険失業保険証） ※ 交付を受けていない場合は、その理由を記載した文書 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 障害年金を請求する方 | 上記の書類のほかに書類を提出していただく必要があります。請求書の記載内容を確認した後に、こちらから提出が必要な書類を送付いたします。 | | |

(注1) 戸籍謄本や住民票、またはそれに代わる書類については、原則、受給権が発生した^(参考)後に交付されたもので、請求書を提出する6ヶ月以内に交付されたものを添付してください。

(注2) 「指定する年月日」とは、次のとおりとなります。

- 1941年4月1日以前に生まれた男性（1946年4月1日以前に生まれた女性）の方は、「60歳の誕生日の前日」
- 1949年4月2日以後生まれの男性（1954年4月2日以後生まれの女性）の方は、
 - ・ 65歳前に請求する場合は、「請求年月日」

- ・65歳後に請求する場合は、「65歳の誕生日前日」
- それ以外の方は、下の「参考」中の別表で「定額部分の支給開始年齢」をご確認ください。
- ・「定額部分の支給開始年齢」より前に請求する場合は、「請求年月日」
- ・「定額部分の支給開始年齢」より後に請求した場合は、「定額部分支給開始年齢の誕生日前日」

(参考)

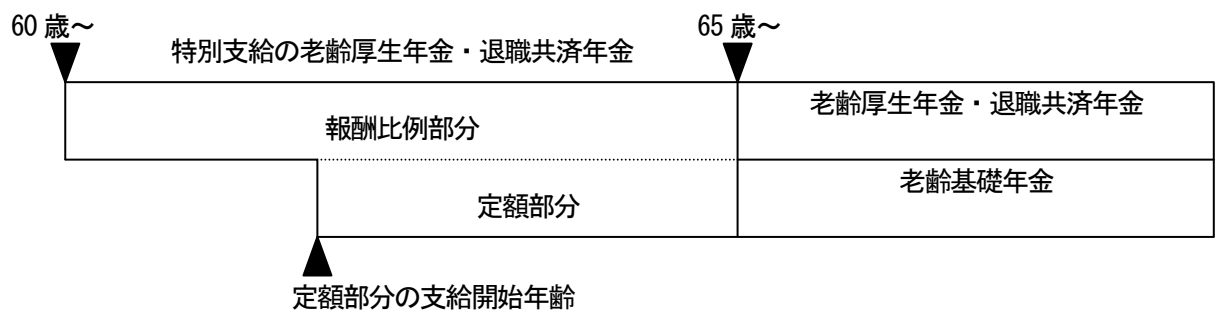
特別支給の老齢厚生年金および退職共済年金の支給開始年齢について

昭和61(1986)年の年金改正により、老齢厚生年金及び退職共済年金の支給は、65歳からとなりましたが、厚生年金保険または各共済組合の加入期間が1年以上あり、老齢基礎年金の受給資格期間を満たしていれば、当分の間60歳から64歳まで老齢厚生年金または退職共済年金が特別に支給されます。これを特別支給の老齢厚生年金または退職共済年金といいます。年金額は、定額部分と報酬比例部分で計算されます。平成6(1994)年の法律改正により、報酬比例部分は60歳から支給されますが、定額部分の支給は生年月日に応じて下記の表のとおりとなっており、60歳からその年齢に達するまでの間は、報酬比例部分のみが支給されます。

| 生年月日 | | 特別支給の老齢厚生年金 退職共済年金 | | 老齢基礎年金 老齢厚生年金 退職共済年金 | |
|----------------|----------------|-----------------------|-----------------|----------------------------|-----|
| 男子 | 女子* | 報酬比例部分の 支給開始年齢 | 定額部分の 支給開始年齢 | | |
| S16(1941).4.2~ | S21(1946).4.2~ | 60歳 | 61歳 | 65歳 | |
| S18(1943).4.2~ | S23(1948).4.2~ | | 62歳 | | |
| S20(1945).4.2~ | S25(1950).4.2~ | | 63歳 | | |
| S22(1947).4.2~ | S27(1952).4.2~ | | 64歳 | | |
| S24(1949).4.2~ | S29(1954).4.2~ | なし | なし | | |
| S28(1953).4.2~ | S33(1958).4.2~ | | | | 61歳 |
| S30(1955).4.2~ | S35(1960).4.2~ | | | | 62歳 |
| S32(1957).4.2~ | S37(1962).4.2~ | | | | 63歳 |
| S34(1959).4.2~ | S39(1964).4.2~ | | | | 64歳 |
| S36(1961).4.2~ | S41(1966).4.2~ | | | | なし |

* 特別支給の退職共済年金については、男女ともに、「男子」欄の生年月日に応じて、支給されることとなります。

<イメージ>



※ 障害をお持ちの方、長期加入者の特例

- 特別支給の老齢厚生年金を受けられるようになったとき、厚生年金保険の障害等級3級以上の障害の状態にあつて、かつ退職している方は、上記の定額支給開始年齢に関わらず、特例の適用を請求した月の翌月報酬比例部分と定額部分をあわせた年金額が支給されます。(この請求をする場合には、裁定請求書とは別に届出をする必要があります。詳しくは、年金相談センターにお問い合わせください。)
- 特別支給の老齢厚生年金を受けられるようになったとき、厚生年金保険の加入期間が44年以上ある方は、上記の定額支給開始年齢に関わらず、該当した月の翌月から報酬比例部分と定額部分をあわせた年金額が支給されます。(ただし、該当したとき被保険者である場合は、退職した月の翌月からとなります。)

* 各共済組合制度においても同様の取扱いとなっております。(この請求をする場合には、裁定請求書とは別に届出をする必要があります。詳しくは、各共済組合にお問い合わせください。)

Você deve providenciar documentos comprovativos para provar o que você preencher neste formulário de pedido.

Cheque a seguinte tabela e anexe os documentos relevantes para seu pedido. Se você deixar de anexar algum dos documentos comprovativos, não podemos levar adiante o processo para decidir o seu direito até que você envie todos eles para nós.

Observando que alguns dos documentos comprovativos na tabela a seguir foram concebidos para os demandantes não japoneses. Assim para os japoneses, verifique seus documentos comprovativos necessários na tabela em japonês.

| Quanto a | Documentos comprovativos necessários | Auto-avaliação |
|--|--|--|
| Todos os requerentes | - Seu manual de pensão, aviso de número de pensões de base, ou do certificado de cobertura sob o esquema de pensões japoneses, ou - No caso de você não conseguir anexar o documento acima mencionado, uma carta para a razão | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | Certificado da sua data de nascimento *1 - como sua certidão de nascimento emitida por órgão público do seu país | <input type="checkbox"/> |
| | Documento comprovativo da conta bancária que você preenche na seção 4 "Informações da instituição financeira para remessa do benefício" | <input type="checkbox"/> |
| Requerente que já recebe benefícios de um dos regimes japoneses de pensão | Fotocópia do Certificado dos benefícios que você recebe no âmbito dos regimes japoneses de pensão Obs.: Anexe os documentos de todos os benefícios que você recebe. | <input type="checkbox"/> |
| Se você possui o direito de rência permanente no Japão ou se naturalizou japonês | Anexe a cópia do documento que comprove o fato e do passaporte. | |
| Requerente que preenche a seção "2. Informações do cônjuge do requerente" e/ou "3. Informações sobre filhos", exceto quando nunca contribuiu a um Seguro de Pensão para Empregados nem a uma Pensão de Ajuda Mútua | O Caderno de Pensão, Notificação do Nº de Pensão Básico ou Carteira de Cobertura de Pensão do seu cônjuge | <input type="checkbox"/> |
| | Certificado emitido em nome do prefeito da cidade onde você reside, que comprove as datas de nascimento do seu cônjuge e/ou filho(a)(os) e a relação familiar existente entre você e o seu cônjuge; ou uma fotocópia da íntegra do Registro de Família japonês (NOTA 1) ※ Em se tratando de amigação, anexe documentos que comprovem o estado de convívio sob o mesmo teto ou existência de ajuda financeira entre você e seu(sua) parceiro(a). | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | Certificado de Residência Japonês ou algum documento similar comprobatório de que você e seu cônjuge (ou filho(a)(os)) compartilham fontes de renda sob o mesmo teto, na data especificada na (NOTA 2) | <input type="checkbox"/> |
| | Qualquer um dos documentos, que comprovem a renda obtida pelo cônjuge (ou pelo(a)(os) filho(a)(os)) em um dos dois exercícios imediatamente anteriores ao ano da data especificada na (NOTA 2), tais como Certificado de Renda, Certificado de Tributação, Declaração de Renda ou Comprovante de Retenção na Fonte | <input type="checkbox"/> |
| | ※ Se você respondeu "sim" à questão 2⑥ ou 3⑥, e tem expectativa de a renda anual de seu cônjuge (ou de filho(a)(os)) não ultrapassar 8,500.000 yen (ganhos de 6,555.000 yen) no período aproximado de 5 anos a partir da data especificada na NOTA *2, anexe um documento que possa comprovar essa previsão (por exemplo, regulamento interno do local de trabalho que prevê a idade de aposentadoria). | <input type="checkbox"/> |
| | Caso o requerente não viva com seu cônjuge (e/ou de filho(a)(os)), anexe um documento que comprove a existência da ajuda econômica do requerente para o cônjuge (e/ou filho(a)(os)). | <input type="checkbox"/> |
| | ※ Aos requerentes que sustentam filho(a)(os) incapacitados de idade inferior a 20 anos, enviaremos documentos adicionais necessários para verificação do estado da incapacidade. | |
| Requerente que irá solicitar benefício-do Seguro-desemprego no Japão | Fotocópia do certificado de cobertura no âmbito do Seguro-Desemprego do Japão, que mostra o número do seu seguro desemprego | <input type="checkbox"/> |
| Requerente da pensão por invalidez | ocê precisa de apresentar documentos que não foram mencionados acima. Iremos enviar-lhe os documentos que são necessárias para a análise do seu estado de invalidez depois de verificar o seu formulário de requerimento. O formulário deverá ser preenchido em português, japonês ou inglês. | |

(NOTA1): Por favor, anexar os documentos que foram emitidos após ter atingido a idade de pensão em "Referência" abaixo e que foram emitidos, em princípio, dentro de seis meses, antes de enviar seu formulário de requerimento.

(NOTA2): "As datas especificadas" são as seguintes:

- Para as pessoas de sexo masculino nascidas em ou antes de 01 de abril de 1941, e as de sexo feminino nascidas em ou antes de 01 de abril de 1946, a data especificada é o seu "aniversário de 60 anos de idade"
- Para as pessoas de sexo masculino nascidas em ou depois de 02 de abril de 1949, e as de sexo feminino nascidas em ou depois de 02 de abril de 1954, a data especificada é,
 - a "Data do Pedido", se a solicitação é feita antes de o requerente completar 65 anos de idade; ou
 - "o dia anterior ao aniversário de 65 anos do requerente", se o pedido é feito depois de completar 65 anos de idade.
- Sendo enquadrado em nenhuma das categorias acima listadas, confirme "A idade mínima elegível ao pagamento do montante fixo do benefício" na tabela da seção "Referência";
 - Quando o pedido é feito antes da "idade mínima elegível ao pagamento do montante fixo do benefício", a data especificada é a "Data do Pedido".
 - Quando o pedido é feito depois de atingir a idade mínima elegível ao pagamento do montante fixo do benefício, a data especificada é "o dia anterior ao aniversário da idade mínima elegível ao pagamento do montante fixo do benefício".

(Notas)

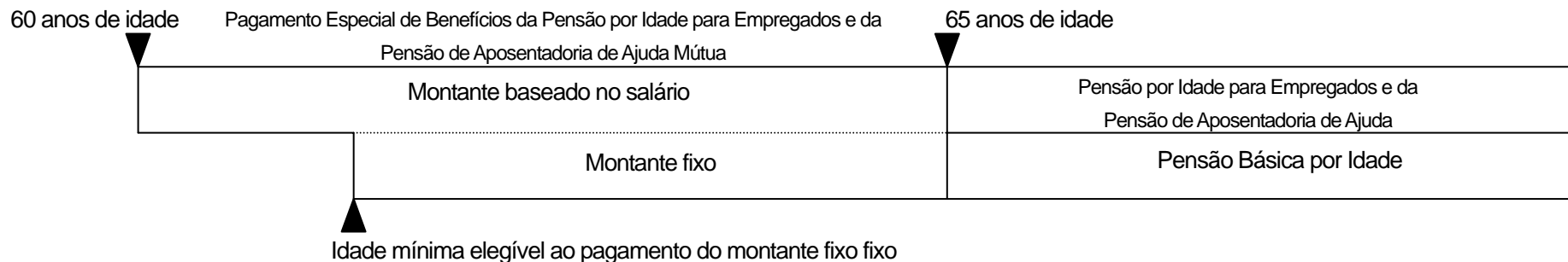
Sobre a idade mínima elegível ao Pagamento Especial de Benefícios da Pensão por Idade para Empregados e da Pensão de Aposentadoria de Ajuda Mútua

De acordo com o sistema de Lei de Pensões revisto em 1986, a idade de pensão para a Pensão por Idade para Empregados e Pensão de Aposentadoria de associações de ajuda mútua foi mudada para 65. No entanto, estas pensões são pagas entre a idade de 60 a 64 anos, por um período, para as pessoas que têm o período de contribuição superior a um ano do Seguro de Pensão para Empregados ou/e sistemas de ajuda mútua de pensão. Este tratamento é denominado "Pensão por Idade Especialmente Prevista para empregados ou Pensão de Aposentadoria Especialmente Prevista. A taxa da pensão é calculada por um porção do salário-base e partes do montante fixo. A lei revista em 1994 especificou que a idade de pensão deve ser de 60 anos de idade mas que para a parte do montante deve ser gradualmente aumentado para 65 anos de idade de acordo com a data de nascimento baseada na fórmula como indicada na tabela abaixo.

| Data de nascimento(AAAA/MM/DD) | | Pagamento Especial de Benefícios da Pensão por Idade para Empregados e da Pensão de Aposentadoria de Ajuda Mútua | | Pensão Básica por Idade Pensão por Idade para Empregados Pensão de Aposentadoria de Ajuda Mútua |
|--------------------------------|-----------------------------|--|---|---|
| Homens | Mulheres* | Idade mínima elegível ao pagamento do montante baseado no salário | Idade mínima elegível ao pagamento do montante fixo | |
| 1 9 4 1. 4. 2~1 9 4 3. 4. 1 | 1 9 4 6. 4. 2~1 9 4 8. 4. 1 | 6 0 | 6 1 | 6 5 |
| 1 9 4 3. 4. 2~1 9 4 5. 4. 1 | 1 9 4 8. 4. 2~1 9 5 0. 4. 1 | | 6 2 | |
| 1 9 4 5. 4. 2~1 9 4 7. 4. 1 | 1 9 5 0. 4. 2~1 9 5 2. 4. 1 | | 6 3 | |
| 1 9 4 7. 4. 2~1 9 4 9. 4. 1 | 1 9 5 2. 4. 2~1 9 5 4. 4. 1 | | 6 4 | |
| 1 9 4 9. 4. 2~1 9 5 3. 4. 1 | 1 9 5 4. 4. 2~1 9 5 8. 4. 1 | | | |
| 1 9 5 3. 4. 2~1 9 5 5. 4. 1 | 1 9 5 8. 4. 2~1 9 6 0. 4. 1 | 6 1 | | |
| 1 9 5 5. 4. 2~1 9 5 7. 4. 1 | 1 9 6 0. 4. 2~1 9 6 2. 4. 1 | 6 2 | | |
| 1 9 5 7. 4. 2~1 9 5 9. 4. 1 | 1 9 6 2. 4. 2~1 9 6 4. 4. 1 | 6 3 | | |
| 1 9 5 9. 4. 2~1 9 6 1. 4. 1 | 1 9 6 4. 4. 2~1 9 6 6. 4. 1 | 6 4 | | |
| 1 9 6 1. 4. 2~ | 1 9 6 6. 4. 2~ | - | | |

* O Pagamento Especial de Benefícios da Pensão de Aposentadoria de Ajuda Mútua é feito unicamente com base nas datas de nascimento da coluna "Homens", tanto para homens como para mulheres.

<Esquema>



※ **Regra especial para os requerentes incapacitados e/ou segurados de longo período de contribuição**

- O segurado que se encontra aposentado com o grau 3 ou maior de incapacidade segundo o regime de Pensão de Aposentadoria para Empregados, e que satisfaz a elegibilidade ao pagamento da Pensão por Idade para Empregados, tem direito ao pagamento de pensão no valor do montante fixo acrescentado ao do montante baseado no salário do mês seguinte ao do pedido do pagamento especial, não obstante as regras acima mencionadas de idade mínima elegível ao pagamento. Para fazer a solicitação deste pagamento, é necessário preencher documentos adicionais além do formulário de Pedido. Consulte o Centro de Consultas de Pensão para maiores detalhes.
- O segurado que tem mais de 44 anos de contribuição do Seguro de Pensão para Empregados, ao completar a elegibilidade ao pagamento especial da Pensão por Idade para Empregados, tem direito ao pagamento de pensão no valor do montante fixo acrescentado ao do montante baseado no salário do mês seguinte ao do correspondente, não obstante as regras acima mencionadas de idade mínima elegível ao pagamento. No entanto, se o segurado se encontra coberto pelo regime no mês correspondente, tem direito ao pagamento somente a partir do mês seguinte ao da sua aposentadoria.

* Estas regras especiais também são aplicadas aos sistemas englobados pelo regime de Pensão de Ajuda Mútua. Para fazer este pedido, consulte sua Associação de Ajuda Mútua para obter formulários adicionais para preencher.