

Guia para Pedido de Pensão Nacional/ Seguro de Pensão para Empregados / Pensão de Ajuda Mútua【国民年金・厚生年金保険裁定請求書 記入要領】
 Pensão por idade/Invalidez 老齡、障害を支給事由とする年金給付

Você pode preencher seu número Japonês de Pensão Básica ou Número de Pensão
 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 e ⑤: Por favor escreva com letras maiúsculas em letras romanas. (O resto dessa mesma forma).

- Você também pode preencher em letras Katakana e "em letras Kanji" se elas forem disponíveis. (O resto dessa mesma forma)
 ・①、②、⑤のローマ字は、大文字で記入してください。
 ・①、②、⑤の「カタカナ」欄に、カタカナ及び漢字を記入してください。

Se você tem uma esposa elegível, por favor, preencha esta seção.

Uma elegível esposa inclui o cônjuge de fato (lei comum) que não está oficialmente registrada a se casar.

配偶者がいるときに記入してください。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ブラジル連邦共和国との間の協定 JP/BRO 1A 伯一日

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(老齡、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)

日本の領事館番号
 Número de referência japonesa

ブラジル実務書記人欄
 Uso da Instituição Competente do Brasil

※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

※日本領事館により記入される欄
 Uso exclusivo dos organismos de ligação japoneses

※料目が入ったスタンプ
 Carimbo com data de recebimento da Instituição Competente do 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

老齡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氏名 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氏名 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		

Por favor, coloque seu Número de Seguro Social Brasileiro (se você souber).
 ブラジルの労働者識別番号を記入してください (知っている場合)。

Em "Tipo de Benefício reclamado", por favor indique apropriadamente a caixa de benefícios que você está reclamando.
 申請のあった給付の情報は、請求する年金をチェックしてください。

Por favor, coloque os quatro dígitos do ano e os dois dígitos do mês, tal como "1955 12 15" para December 15, 1955. (O mesmo para o resto dessa forma)
 年月日の年は西暦4桁を記入してください。
 例: 1995年12月15日

Se você tem uma criança(s) elegível, por favor, preencha nesta seção.

Uma criança elegível é uma criança que em 31 de Março, terá 18 anos ou menos, ou seja menos de 20 anos, ou se ela tiver alguma deficiência.

子がいるときに記入してください。子は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。

Por favor escreva com letras maiúsculas em letras romanas o nome do banco e da agência. 銀行の名前及び支店名はアルファベットの太文字で記入してください。

-Seção 1: Por favor, indique se você está recebendo ou em processo de apresentação de um pedido de outra pensão pública japonesa para velhice, invalidez ou morte. (Consulte a lista dos regimes de pensões aplicável). Em caso afirmativo, digite o nome do sistema de pensões público, tipo de pensão, a data de direito, a Pensão Código ou Número de Certificado de Pensões.

Se você estiver recebendo mais do que um público de pensões, anexar as informações adicionais.

-Se você estiver recebendo uma Pensão de Auxílio Mútuo, por favor entre com o nome da Associação de Pensão Mútua sobre o "Nome do sistema".

- Seção2: Por favor, indique as informações sobre os benefícios de sua esposa, se for o mesmo caso de cima.

•5. 1は申請者が日本国の公的年金制度等から老齢、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てください。複数の公的年金を受給している場合は、別用紙に同様の情報を記入してください。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てください。

3. 子に関する情報 / Informações sobre filhos			
①氏名 Sobrenome カタカナ / em letras Katakana	ローマ字 / em letras romanas	②名前 Nome カタカナ / em letras Katakana	ローマ字 / em letras romanas
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	
①氏名 Sobrenome カタカナ / em letras Katakana	ローマ字 / em letras romanas	②名前 Nome カタカナ / em letras Katakana	ローマ字 / em letras romanas
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	<input type="checkbox"/> 本店 / Sede	③口座番号 Número da conta	ローマ字 / em letras romanas
②本店又は支店名 Sede ou sucursal do Banco	支店 Sucursal	④銀行の住所 Endereço do banco	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			
申請者が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制度名 Nome do sistema	②受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	
③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			
配偶者が日本国の公的年金を受給していますか。 O cônjuge dia(a) segurador(a) está recebendo benefício de algum sistema público japonês de pensão?		<input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não	
①制度名 Nome do sistema	②受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	
③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			

Sistema Público de Pensões Aplicáveis

- A. Lei Nacional de Pensão
- B. Lei de Seguro de Pensão para Empregado
- C. Lei do Seguro para Tripulantes de Embarcações (somente antes de abril de 1986)
- D. Lei das Associações de Ajuda Mútua dos Funcionários Públicos Nacionais (incluindo a Lei para Execução do Pagamento de Benefício de Longo Período anterior a abril de 1986)
- E. Lei das Associações de Ajuda Mútua dos Funcionários Públicos Regionais (incluindo a Lei para Execução do Pagamento de Benefício de Longo Período anterior a abril de 1986)
- F. Lei da Ajuda Mútua dos Funcionários das Escolas Privadas.
- G. Lei das Associações de Ajuda Mútua dos Funcionários das Organizações Ligadas à Agricultura e Pesca.
- H. Antiga Lei da Pensão para Funcionários Públicos.
- I. Portaria do Governo referente à Pensão de Aposentadoria dos Funcionários Públicos Regionais
- J. Lei da Associação de Ajuda Mútua de Yawata da Empresa Nippon Steel.
- K. Artigo 13 da Prestação Complementar à Lei do Distrito Especial de Oficiais de Justiça
- L. Lei referente às medidas especiais para os Beneficiários da Pensão de Ajuda Mútua sob o regime previsto na antiga lei
- M. Lei de Auxílio para Vítimas de Guerra e Sobreviventes

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

Se você está reivindicando um benefício por invalidez, por favor complete esta seção.

障害を支給事由とする年金を申請する方が記入します。

Ao assinar, você atesta a veracidade das informações prestadas no pedido. Você também autoriza a instituição brasileira competente a fornecer às instituições japonesas competentes as informações que possam afetar o direito japonês para benefícios para os quais você está se candidatando.

下線部に署名をしてください。署名に際して、あなたは申請書で提供した情報が真実であることを証明します。また、あなたはブラジルの実施機関に対し、あなたが申請している日本年金の給付を受ける資格に影響を与えうる情報を日本の実施機関に提供する権限を与えます。

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	<table border="1"> <tr> <td>請求の区分 Tipo de solicitação</td> <td> <input type="checkbox"/> ① 認定日による請求 Solicitação de benefícios com início da incapacidade </td> <td> <input type="checkbox"/> ② 事後重症による請求 Solicitação de benefícios devido ao avanço/progresso da incapacidade </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 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 você marcou ②, já solicitou benefícios pelo motivo ①? </td> <td> <input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não </td> </tr> </table>	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 você marcou ②, já solicitou benefícios pelo motivo ①?		<input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não
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 você 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番号 Código de Pensão ou Nº do Certificado de Pensão							
3	① 疾病名 / Nome da doença ou lesão						
② 疾病の発生日 / Data do início da doença/lesão							
③ 初診日 Data do primeiro exame médico							
④ 申請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 申請が認定された後、回復の見込みが期待できない場合は認定した日 Data quando o estado da enfermidade/ferimento se tomou estável sem expectativa de maior recuperação							
⑥ 疾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 この疾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"/> 労働者補償法 / Lei Básica do Trabalho <input type="checkbox"/> 和員保険法 / Lei de Seguro para trabalhadores marítimos <input type="checkbox"/> 労働者災害補償法 / 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"/> 障害保険給付 (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							
⑨ 疾病の原因は第二新行欄に記入しますか。 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言します。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与する可能性が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求めます。 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 reclamante/requerente: _____							

Divisão 1: Por favor, selecione um ou dois tipos de pedido abaixo:

① Pedido de benefícios devido ao início da deficiência, contribuindo simultaneamente.

Se você tiver um determinado nível de deficiência depois que se passaram um ano e seis meses desde o primeiro exame médico de doença ou acidente, você pode reivindicar esse benefício. Você também pode reivindicar esse benefício em data anterior à de um ano e seis meses, quando a lesão estiver curada ou fixas a um estado de deficiência, se não for curada. Por favor, note que você precisa ter certos períodos mínimos de cobertura.

② Pedidos de benefícios devido a avançado grau de deficiência.

Mesmo se essa condição ① acima não se aplica a você, você ainda pode reivindicar um benefício se o avanço do seu nível de deficiência foi fixado em data posterior. Por favor, note que você deve requerer antes de atingir 65 anos de idade.

Tem direito ao benefício do mês seguinte ao do seu requerimento.

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てください。

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ヶ月目(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が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。