

社会保障に関する日本国とカナダとの間の協定
Accord de sécurité sociale entre le Canada et le Japon

CAN/J4

カナダ→日

保険期間確認請求書

Demande de vérification des périodes de couverture

日本の照会番号
Numéro de référence japonais

カナダ実施機関記入欄
Pour utilisation par l'organisme de pension Canada

※この請求書は、カナダ人的資源・社会開発省の窓口提出用です。
Présenter ce formulaire de demande seulement aux Opérations internationales Canada.

※日本保険者により記入される欄
Doit être rempli seulement par des agences de liaison japonaises

日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号
Numéro de pension de base japonaise ou numéro du Guide des pensions

カナダ社会保険番号
Numéro d'assurance sociale canadien

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

Raison de la demande / 請求書作成事由

Des périodes de couverture japonaises ont été déterminées sur présentation d'une demande de prestation de la Sécurité de la vieillesse ou du Régime de pensions du Canada (article 6 de l'Accord). J'autorise l'institution japonaise compétente à les communiquer à Ressources humaines et Développement social Canada. カナダ年金申請時に相手国期間が判明したことによる。(協定第6条) 日本の実施機関がカナダ人的資源・社会開発省へ当該情報を提供することに同意します。

Autre raison (Précisez) / 上記以外の場合 (使用する目的を下記に記入してください。)

1. Personne assurée / 被保険者に関する情報

① Nom 氏	en caractères romain / ローマ字			② Prénom 名	en caractères romain / ローマ字	
	en caractères Katakana / カタカナ	en caractères Kanji / 漢字			En caractères Katakana / カタカナ	en caractères Kanji / 漢字
③ Date de naissance 生年月日	A / 年	M / 月	J / 日	④ Sexe 性別	<input type="checkbox"/> Masculin / 男	⑤ Numéro de téléphone avec de pays et code région 電話番号 (国番号、エリアコードを含む)
					<input type="checkbox"/> Féminin / 女	
⑥ Adresse 住所	en caractères romain / ローマ字					
	en caractères Katakana / カタカナ					

2. Demander / 申請者に関する情報

① Nom 氏	en caractères romain / ローマ字			② Prénom 名	en caractères romain / ローマ字	
	en caractères Katakana / カタカナ	en caractères Kanji / 漢字			en caractères Katakana / カタカナ	en caractères Kanji / 漢字
③ Date de naissance 生年月日	A / 年	M / 月	J / 日	④ Sexe 性別	<input type="checkbox"/> Masculin / 男	⑤ Numéro de téléphone avec de pays et code région 電話番号 (国番号、エリアコードを含む)
					<input type="checkbox"/> Féminin / 女	
⑥ Adresse 住所	en caractères romain / ローマ字					⑦ Lien de parenté avec la personne décédée 続柄
	en caractères Katakana / カタカナ					

3. Périodes de couverture par les régimes de pensions japonais / 日本の保険加入期間に関する情報

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下さい。

Donnez aussi précisément que possible l'historique détaillée de votre couverture ou celle de la personne décédée par les régimes de pension publics.

Période de couverture 加入期間(年/月/日) De A/M/J À A/M/J	Nom du lieu de travail (ou du propriétaire du navire si vous étiez ou la personne décédée était membre de l'équipage d'un navire) / 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	Adresse du lieu de travail ou du propriétaire du navire, ou votre adresse ou celle de la personne décédée quand vous vous êtes ou il/elle s'était inscrit à la Pension Nationale / 事業所(船舶所有者)の所在地又は国民年金加入時の住所	Régime de pension sous lequel vous étiez ou la personne décédée était couvert(e) ^(*) 加入していた年金制度(注)
/ / 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			
/ / 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」を記入して下さい。

○ 共済組合「4」の時は、加入した共済組合の名称もこの欄に記入して下さい。

○ 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下さい。

(*)

- 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).

- Pour 4 "D'aide mutuelle de retraite, s'il vous plaît remplir le nom de Mutual Aid Association des pensions.

- 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.

4. Déclaration du demandeur / 署名

Je déclare que l'information que j'ai donné dans cette forme est vraie et complète. J'autorise que l'institution compétente belge fournisse aux institutions compétentes Japonaises toute l'information et documents qui racontent ou pourraient être en rapport avec cette demande pour les avantages.

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。私はカナダ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文書を同機関が日本の実施機関に提供することを認めます。

申請者の署名:

Signature de demandeur: _____