

CAN/J1 カナダー日

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 Japon et le Canada

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)
 Demande de prestations du régime de la Pension Nationale/du régime de l'Assurance Pension des Salariés
 (Pour la Pension de vieillesse / d'invalité)

カナダ実施機関記入欄
 Pour utilisation par Opérations Internationales Canada

日本の国番号
 Numéro de référence japonais

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

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

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

カナダ社会保障番号
 Numéro d'assurance sociale canadien

※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.

申請のあった給付の種類 / Type de prestations demandées

老齢を支給事由とする年金 / Vieillesse 障害を支給事由とする年金 / Invalité

1. 申請者に関する情報 / Demandeur

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

2. 配偶者に関する情報 / Conjoint/e du demandeur

①氏 Nom	ローマ字 / en caractères romain		②名 Prénom	ローマ字 / en caractères romain		
	カタカナ / en caractères Katakana	漢字 / en letters Kanji		カタカナ / en caractères Katakana	漢字 / en letters Kanji	
③性別 Sexe	<input type="checkbox"/> 男 / Masculin <input type="checkbox"/> 女 / Féminin		④生年月日 Date de naissance	年 / A	月 / M	日 / J
⑤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						
⑥年収が850万円未満ですか Revenu annuel inférieur à 8,5 millions de yens <input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non						

Votre numéro de pension de base japonaise ou votre numéro du Guide des pensions figurant dans votre Avis de numéro de pension de base ou dans votre Guide des pensions.

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 et ⑤ : Écrivez en majuscules, en caractères romain (comme dans le reste de ce formulaire).

- Vous pouvez aussi remplir ces rubriques en caractères katakana, si c'est possible (et faire de même dans tout le reste du formulaire).

• 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」欄には、カタカナ及び漢字を記入してください。

Si vous avez un conjoint admissible, remplissez cette section.

Le conjoint de fait qui n'est pas officiellement réputé marié est considéré comme admissible.

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。

Pour le « Type de prestations demandées », cochez la case correspondant aux prestations que vous réclamez.

申請のあった給付の種類は、請求する年金をチェックしてください。

Inscrivez les dates en commençant par les quatre chiffres de l'année, puis les deux chiffres du mois et les deux chiffres du jour, par exemple « 1955 12 15 » pour le 15 décembre 1955. (Inscrivez toutes les dates de cette façon dans le reste du formulaire.)

年月日の年は西暦4桁を記入してください。
 例: 1955年12月15日

- Si vous avez un ou des enfants admissibles, remplissez cette section.

L'enfant admissible n'avait pas plus de 18 ans au 31 mars (pas plus de 20 ans s'il est invalide).

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。

Inscrivez le nom de la banque et de la succursale en majuscules, en caractères romain.
銀行の名前及び支店名はアルファベットの
大文字で記入してください。

- Partie 5.1 : Précisez si vous touchez des prestations de vieillesse, d'invalidité ou de décès d'un autre régime public de pension japonais ou si vous vous apprêtez à présenter une demande de prestations d'un tel autre régime. (Reportez-vous à la liste des régimes de pension applicables). Dans l'affirmative, inscrivez le nom du régime public de pension, le type de pension, la date d'admissibilité, le Code de pension ou numéro du Certificat de pension. Si vous touchez des prestations de plus d'un régime public de pension, donnez les renseignements pertinents.
Si vous touchez une pension d'un régime de Pension de la Mutuelle, inscrivez le nom du régime de la Pension de la Mutuelle sous « Nom du régime »
- Partie 5.2 : Inscrivez les renseignements pertinents sur les prestations de votre conjoint, le cas échéant, de la même façon que ci-dessus.

•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 / Enfant(s) du demandeur					
①氏 Nom	ローマ字 / en caractères romain		②名 Prénom	ローマ字 / en caractères romain	
	カタカナ / en caractères Katakana	漢字 / en lettres Kanji		カタカナ / en caractères Katakana	漢字 / en lettres Kanji
③性別 Sexe	<input type="checkbox"/> 男 / Masculin <input type="checkbox"/> 女 / Féminin		④生年月日 Date de naissance	年 / A	月 / M
⑤障害の状態にありますか。 / Enfant invalide			<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non		
⑥年収が850万円未満ですか Revenu annuel inférieur à 8,5 millions de yens			<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non		

4. 支払金拠出機関に関する情報 / Nomination d'une institution financière où envoyer les prestations			
①銀行の名前 Nom de la banque	②口座番号 Numéro de compte	ローマ字 / en caractères romain	
③本店又は支店名 Siège social ou nom de la succursale	<input type="checkbox"/> 本店 / Siège social <input type="checkbox"/> _____ 支店 succursale	④銀行の住所 Adresse de la banque	ローマ字 / en caractères romain

5. 現在、受給している日本国の公的年金に関する情報 / Pension publique japonaise touchée par le demandeur					
申請者は既に日本国の公的年金を受給していますか。 Le demandeur touch-t-il une pension publique japonaise / en réclame-t-il une?			<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non		
①制度名 Nom du régime	③支給を受けることとなった年月日 Date d'admissibilité		年 / A	月 / M	日 / J
②年金の種類 Type de pension	<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金/Vieillesse <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金/Invalidité <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金/Survivants				
④年金コード又は年金証書の記号番号 Code de pension ou numéro du Certificat de pension					
配偶者は既に日本国の公的年金を受給していますか。 Le conjoint du demandeur touch-t-il une pension publique du Japon / en réclame-t-il une?			<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non		
①制度名 Nom du régime	③支給を受けることとなった年月日 Date d'admissibilité		年 / A	月 / M	日 / J
②年金の種類 Type de pension	<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金/Vieillesse <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金/Invalidité <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金/Survivants				
④年金コード又は年金証書の記号番号 Code de pension ou numéro du Certificat de pension					

Régimes de pension applicables

- A. Loi nationale sur les pensions
- B. Loi sur l'assurance pension des salariés
- C. Loi sur l'assurance des marins (avant avril 1986 seulement)
- D. Loi concernant la Mutuelle des fonctionnaires de l'État (y compris les lois concernant la mise en œuvre des prestations de longue durée promulguées avant avril 1986)
- E. Loi concernant la Mutuelle des fonctionnaires des collectivités locales (y compris les lois concernant la mise en œuvre des prestations de longue durée promulguées avant avril 1986)
- F. Loi concernant la Mutuelle des personnels des établissements d'enseignement privé
- G. Loi concernant la Fédération des Mutuelles des employés des établissements agricoles, de foresterie et de pêche
- H. Loi concernant la pension des fonctionnaires
- I. Ordonnance des autorités locales concernant la pension de retraite des fonctionnaires des collectivités locales
- J. Loi concernant la Fédération des Mutuelles des mineurs des établissements gouvernementaux YAWATA de Nippon Steel Co.
- K. Disposition supplémentaire – Article n° 13 de la Loi sur les agents spéciaux des cours de district
- L. Loi concernant les mesures spéciales pour les bénéficiaires d'anciennes Fédérations de Mutuelles
- M. Loi d'aide aux victimes et survivants de guerres

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 地方公務員等共済組合法 (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

Si vous ne savez pas exactement les dates, inscrivez toute l'information que vous avez, comme le mois ou la saison, par exemple l'été de l'année xxxx.

詳しくわからないときでも、年月まであるいは何年の夏までといったように記入してください。

- Précisez de quelle couverture vous bénéficiez sous les régimes publics de pension japonais en ordre chronologique, de la première/la plus ancienne à la plus récente.

- Si votre adresse a changé pendant que vous bénéficiez de la couverture de la Pension Nationale, précisez votre ancienne adresse et sa durée d'occupation.

- Si le nom ou l'adresse de votre lieu de travail a changé, ou si vous avez été muté entre des succursales pendant que vous bénéficiez de la couverture de l'Assurance Pension des Salariés, et ainsi de suite, inscrivez le nom et l'adresse de chaque lieu de travail pertinent, la période de couverture et le nom du régime de pension applicable.

- 加入期間は、請求者が初めて日本国の公的年金制度に加入したときから古い順に記入してください。
- 国民年金の加入期間中に住所を変更したときは、住所および住んでいた期間が分かるように記入してください。
- 厚生年金保険等の加入期間中に事業所の名称変更や所在地の変更、転勤があったときは、それぞれの事業所等について名称、所在地、期間、加入していた年金制度を記入してください。

5. 日本の保険加入期間に関する情報 / Historique de la couverture par des régimes de pension japonais			
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 détaillé de votre couverture par les régimes de pension publics japonais.			
加入期間(年/月/日) Période de couverture De AMM À AMM	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, si vous étiez membre de l'équipage 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 votre adresse quand vous vous êtes inscrit à la Pension Nationale	加入していた年金制度(注) Régime de pension sous lequel vous étiez couvert(*)
/ / 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。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下さい。
(*) Inscrivez le numéro de ce régime selon le modèle suivant: «1» pour la Pension Nationale, «2» pour l'Assurance Pension des Salariés, «3» pour l'Assurance Pension des Salariés (Marins) et «4» pour la Pension de la Mutuelle. Inscrivez le nom que vous portiez à l'époque dans cette colonne, si votre nom a changé par suite d'un mariage ou pour une autre raison.

Inscrivez le numéro correspondant à chaque régime. (Il figure au bas de la Partie 6.)

欄外の該当する年金制度の番号を記入してください。

Inscrivez l'adresse. Vous devez préciser au moins le nom du comté, de la ville ou du quartier, si vous n'avez pas tous les détails nécessaires.
Certains employés travaillant au bureau d'Osaka d'une compagnie peuvent par exemple avoir été inscrits au régime de l'Assurance Pension des Salariés du Bureau du service de pension du Japan (Bureau d'assurance sociale) de Tokyo, où le siège social de l'entreprise est situé. Si tel était le cas pour vous, inscrivez l'adresse du lieu de travail où vous avez été inscrit au régime de l'Assurance Pension des Salariés.
Faites de même pour vos lieux de travail dans le cas d'une Association d'aide mutuelle.

- 詳しくわからないときでも、郡市区名までは記入してください。
- また、実際には大阪で勤務していたが、厚生年金保険は東京の本社などで一括して東京の年金事務所(社会保険事務所)に届け出ていたようなときは、東京の本社の所在地を記入するといったように、厚生年金保険の適用があったところの所在地を記入してください。

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 Lieu de travail de votre plus récent emploi assujéti aux régimes de pension japonais		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/code de votre Certificat d'assurance-santé d'employé (si vous l'avez)		
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。 Avez-vous déjà été une personne assurée de Type4 sous le régime de l'Assurance Pension des Salariés ou une personne assurée volontairement sans interruption sous celui de l'Assurance des 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 Numéro/code de référence de la personne assurée		
②保険料を納めた期間 Période durant laquelle les cotisations d'assurance ont été payées		自 / De : 年/A 月/M 日/J 至 / A : 年/A 月/M 日/J
③保険料を納めた年金事務所名(社会保険事務所名) Nom du Bureau du service de pension du Japan (Bureau d'assurance sociale) les cotisations d'assurance ont été payées:		

Inscrivez le nom officiel du lieu de travail déclaré au Bureau d'assurance sociale ou au Bureau du service de pension du Japan (Bureau d'assurance sociale) pendant la période durant laquelle vous étiez couvert.

Précisez aussi le nom des succursales ou des usines, par exemple le Bureau de Tokyo de la Société A.

Faites de même pour vos lieux de travail d'une Association d'aide mutuelle.
Si vous le connaissez, inscrivez le nom japonais.

- 被用者年金制度に加入していたときに年金事務所(社会保険事務所)に届出された正式な名称を記入してください。
- また、社名などだけではなく、A株式会社東京支店というように、支社、支店、出張所、営業所、工場名などについても記入してください。
- なお、共済組合等についても同様に記入します。日本語がわかる場合は日本語名で記入してください。

Si vous réclamez une prestation d'invalidité, remplissez cette section.

障害を支給事由とする年金を申請する方が記入します。

7. 障害を支給事由とする年金に関する情報 / Renseignements à fournir pour une demande de prestations d'invalidité

1	請求の区分 Type de demande	<input type="checkbox"/> ①認定日による請求 Demande de prestations si l'incapacité a commencé pendant que vous cotisiez au régime	<input type="checkbox"/> ②事後重症による請求 Demande de prestations résultant de l'aggravation de l'incapacité
		②の場合、過去に①による請求をしたことがありますか。 Si ② ci-dessus s'applique, avez-vous demandé des prestations pour ① dans le passé?	<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non
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。 Avez-vous déjà touché une pension publique d'invalidité japonaise?	<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non	
	年金の名称 / Nom de la pension		
	年金コード又は年金証書の記号番号 Code de la pension ou numéro du Certificat de pension		
3	傷病について / Renseignements à fournir sur la maladie / blessure		
	①傷病名 / Nom de la maladie / blessure		
	②傷病の発症した日 Date du début de la maladie / de la blessure	年 / A	月 / M 日 / J
	③初診日 Date du premier examen médical	年 / A	月 / M 日 / J
	④初診日において加入していた公的年金制度 / Régime de pension public auquel vous participez à la date du premier examen médical	<input type="checkbox"/> 国民年金 / Pension Nationale <input type="checkbox"/> 厚生年金保険 / Assurance Pension des Salariés <input type="checkbox"/> 共済組合 / Pension de la Mutuelle <input type="checkbox"/> カナダ年金制度 / Régime de pensions du Canada	
	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 Date à laquelle la maladie / blessure s'est stabilisée sans qu'on prévoit d'amélioration par les traitements médicaux	年 / A	月 / M 日 / J
	⑥傷病の原因は職務上ですか。 La maladie / blessure a-t-elle été causée par le travail?	<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non	
	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。 Pour cette maladie / blessure, êtes-vous admissible à des prestations des régimes énumérés à droite (ou en réclamer vous)?	<input type="checkbox"/> 労働基準法 / Loi sur les normes du travail <input type="checkbox"/> 船員保険法 / Loi sur l'assurance des Marins <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法 / Loi sur l'assurance-indemnisation des accidents du travail <input type="checkbox"/> 国家公務員災害補償法 / Loi sur l'assurance-indemnisation des accidents des fonctionnaires de l'État <input type="checkbox"/> 地方公務員災害補償法 / Loi sur l'assurance-indemnisation des accidents des fonctionnaires des collectivités locales <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 / Loi sur l'indemnisation des accidents des médecins, dentistes et pharmaciens des écoles publiques	
	⑧⑨の制度から受けられるときはその種類 Type de prestations si vous êtes admissible à des prestations des régimes énumérés en ⑦	<input type="checkbox"/> 障害補償給付 (障害給付) / Allocation d'incapacité (prestation d'incapacité) <input type="checkbox"/> 傷病補償給付 (傷病年金) / Prestations d'invalidité (pension d'invalidité)	
	支給の発生日 Date d'admissibilité	年 / A	月 / M 日 / J
	⑩傷病の原因は第三者行為によりますか。 La maladie / blessure a-t-elle été causée par un tiers?	<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non	
8. 署名欄 / Déclaration du demandeur			
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。 Je déclare que les renseignements que j'ai donnés dans ce formulaire sont exacts et complets. J'autorise l'institution canadienne compétente à fournir à ses homologues japonaises tous les renseignements et les documents liés ou pouvant l'être à cette demande de prestations.			
申請者の署名: Signature of demandeur: _____			

Partie 7.1 : Cochez la case correspondant À l'un des deux types de prestations ci-dessous :

- ① Demande de prestations fondée sur le début de l'incapacité pendant que vous cotisiez au régime : Si vous aviez un certain degré d'incapacité à la date d'expiration de la période d'un an et six mois après le premier examen médical lors duquel la maladie ou la blessure a été constatée, vous pouvez réclamer ces prestations. Vous pouvez aussi les réclamer si vous vous êtes rétabli de votre maladie ou de votre blessure avant l'expiration de cette période. Si cela s'applique à votre cas, la date d'entrée en vigueur sera celle de votre rétablissement. N'oubliez pas qu'il y a des périodes de couverture à respecter pour avoir droit aux prestations.
- ② Demande de prestations fondée sur une grande incapacité : Si l'état ① ci-dessus ne s'applique pas à vous, vous pouvez réclamer ces prestations si votre incapacité s'aggrave jusqu'à un certain degré à une date ultérieure. Rappelez-vous que vous devez présenter une demande de prestations avant d'atteindre l'âge de 65 ans. Vous avez droit aux prestations le mois suivant celui de votre demande.

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。

En signant cette demande, vous attestez de la véracité des renseignements que vous y donnez.

Vous autorisez aussi l'institution canadienne compétente à fournir à ses homologues japonaises des renseignements susceptibles d'influer sur votre admissibilité aux prestations japonaises que vous demandez.

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、あなたはカナダの実施機関に対し、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る情報を日本の実施機関に提供する権限を与えます。