

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。

- Also, you may fill them in "in Katakana letters", if they are available. (Same for the rest of this form)

・①及び②の「カタカナ」欄には、カタカナ及び漢字氏名を記入してください。

## 社会保障に関する日本国とカナダとの間の協定

Agreement between Japan and Canada on Social Security

国民年金・厚生年金保険裁定請求書（死亡を支給事由とする年金給付）  
（共済年金決定請求書兼用）  
Claim for National Pension / Employees' Pension Insurance  
（For Survivors Pension）  
（Also for use for the Mutual Aid Pension）

CAN/J2

カナダー日

カナダ実施機関記入欄  
Used by the Canadian competent institution

日本の照会番号  
Japanese reference number

※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。  
This claim form is only for submission to International Operations of Canada.

※日本保険者により記入される欄  
To be completed only by Japanese liaison agencies

受付日が入ったスタンプ  
Date-stamp received at the Canadian competent institution

死亡者の日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号  
Deceased person's Japanese Basic Pension Number or Number on Pension Handbook

死亡者のカナダ社会保険番号  
Deceased person's Canadian Social Insurance Number

### 1. 死亡者に関する情報 / Deceased person

①氏 Last name	ローマ字 / in Roman letters		②名 First name	ローマ字 / in Roman letters	
	カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters		カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters
③性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 / Male <input type="checkbox"/> 女 / Female		④生年月日 Date of birth	年 / Y	月 / M
				日 / D	日 / D

### 2. 申請者に関する情報 / Claimant

①氏 Last name	ローマ字 / in Roman letters		②名 First name	ローマ字 / in Roman letters	
	カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters		カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters
③性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 / Male <input type="checkbox"/> 女 / Female		④生年月日 Date of birth	年 / Y	月 / M
				日 / D	日 / D

⑤住所  
Address

ローマ字 / in Roman letters

カタカナ / in Katakana letters

⑥死亡者との続柄 / Relationship to the deceased person

⑦申請者の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号  
Claimant's Japanese Basic Pension Number or Number on Pension Handbook

⑧申請者のカナダ社会保険番号  
Claimant's Canadian Social Insurance Number

⑨電話番号(国番号、エリアコードを含む)  
Telephone number including country and area code

1/5

生年月日の年は、西暦4桁を記入してください。(例:1955年12月15日)

If the deceased person has eligible child(ren), please fill in this section.  
If the claimant is the child and has sister(s) and/or brother(s), please enter them here.

An eligible child is a child who, on March 31, is age 18 or younger, or is aged under 20 if he/she is disabled.

請求者に子(請求者が子の場合は他の兄弟姉妹)がいる時に記入してください。

なお、子とは、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。

Please capitalize in Roman letters the bank name and branch name.

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。

Please indicate whether the claimant is receiving or in the process of filing a claim for another Japanese public pension for old age, disability or death. (Refer to the list of applicable pension systems) If so, please enter the name of the public pension system, type of pension, date of entitlement, Pension Code or Number on Pension Certificate.

If the claimant is receiving one of the Mutual Aid pensions, please enter the name of the Mutual Aid Association under "Name of system".

申請者が日本の公的年金制度等(一覧を参照のこと)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。

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。

3. 子に関する情報/ Deceased person's child					
①氏 Last name	ローマ字 / in Roman letters		②名 First name	ローマ字 / in Roman letters	
	カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters		カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters
③性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 / Male <input type="checkbox"/> 女 / Female		④生年月日 Date of birth	年 / Y	月 / M
				日 / D	
⑤障害の状態にありますか/ Child with disability			<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No		
⑥年収が850万円未満ですか Annual income under 8.5 million yen			<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No		
①氏 Last name	ローマ字 / in Roman letters		②名 First name	ローマ字 / in Roman letters	
	カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters		カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters
③性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 / Male <input type="checkbox"/> 女 / Female		④生年月日 Date of birth	年 / Y	月 / M
				日 / D	
⑤障害の状態にありますか/ Child with disability			<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No		
⑥年収が850万円未満ですか Annual income under 8.5 million yen			<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No		

4. 支払金融機関に関する情報/ Nomination of a financial institution to which benefits will be sent			
①銀行の名前 Name of bank	③口座番号 Account number		
②本店又は支店名 Head office or name of branch office	<input type="checkbox"/> 本店 / Head office <input type="checkbox"/> 支店 / branch	④銀行の住所 Address of bank	ローマ字 / in Roman letters

5. 申請者が現在、受給している日本国の公的年金に関する情報 / Japanese public pension which the claimant is receiving					
申請者は既に日本国の公的年金を受給していますか。又は申請していますか。 Is the claimant receiving Japanese public pension or presently claiming one ?				<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No	
①制度名 Name of system	②年金の種類 Type of pension	③支給を受けることとなった年月日 Date of entitlement	年 / Y	月 / M	日 / D
			日 / D		
②年金の種類 Type of pension		<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金 Old age <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金 Disability <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金 Survivors			
④年金コード又は年金証書の記号番号 Pension Code or Number on Pension Certificate					

## Applicable public pension systems

- National Pension Law
- Employees' Pension Insurance Law
- Seamen's Insurance Law (Only before April 1986)
- Law concerning Mutual Aid Association for National Public Officials  
(Including the Laws concerning the Implementation of Long Term Benefits enacted before April 1986)
- Law concerning Mutual Aid Association for Local Public Officials  
(Including the Laws concerning the Implementation of Long Term Benefits enacted before April 1986)
- Law concerning Mutual Aid for Private School Personnel
- Law concerning Mutual Aid Association for Agricultural, Forestry and Fishery Institutions' Employees
- Law concerning Public Servants' Pension
- Local Government Ordinance concerning Retirement Pension for Local Public Officials
- Law concerning Mutual Aid Association for Miners at Government-owned YAWATA Works of Nippon Steel Co.
- Supplementary Provision Article No. 13 of the District Court Special Officials Law
- Law concerning Special Measures for Former MAAs' Beneficiaries
- Law for Relief of War Victims and Survivors
- Law Concerning Mutual Aid Association for Officials of Municipalities

## 公的年金制度一覧

- 国民年金法
- 厚生年金保険法
- 船員保険法(1986年4月以後を除く)
- 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)
- 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)
- 私立学校教職員共済法
- 農林漁業団体職員共済組合法
- 恩給法
- 地方公務員の退職年金に関する条例
- 日本製鉄八幡共済組合
- 執行官法附則第13条
- 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
- 戦傷病者戦没者遺族等援護法
- 旧市町村職員共済組合法

If you are not sure of the specific dates, enter as much information as you know, such as month or season, e.g. summer of year 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ます。

- Please enter the deceased person's history of coverage under Japanese public pension systems in chronological order from the oldest/first coverage to the most recent one.

- If the deceased person's address changed during the time he/she was covered by the National Pension, please specify the old address and the period of residence.

- If there was any change in name or address of a workplace or if he/she was transferred between branch offices while he/she was covered under the Employees' Pension Insurance and such, please enter each workplace's name, address, period of coverage and name of pension system respectively.

・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ます。  
・国民年金の加入期間中に住所を変更したときは、住所地および住んでいた期間が分かるように記入します。  
・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ます。

Please enter the official name of the workplace which was reported to the Branch Office of Japan Pension Service ( Social Insurance Office) during the time he/she were covered.

As for workplaces, enter the specific name of the branch offices or factories as well, such as Tokyo branch office of corporation A.

Please do the same for workplaces of a Mutual Aid Association.  
If available, enter the Japanese name.

・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ます。  
・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ます。  
・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ます。

6. 死亡者の日本の保険加入期間に関する情報/ Deceased person's history of coverage under Japanese pension systems				
死亡者の日本の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。 Fill in your or the deceased person's detailed history of coverage under the Japanese public pension systems of deceased person as accurately as possible.				
加入期間(年/月/日) Period of coverage From Y/M/D To Y/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 Name of the workplace or shipowner in case you were or the deceased person was a crew member on board a ship	事業所(船舶所有者)の所在地又は国民年金加入時の住所 Address of the workplace or shipowner, or your or the deceased person's address when were or he/she was enrolled in the National Pension	加入していた年金制度等(注) Pension system under which you were or the deceased person was covered(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				

(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。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ください。

(\*)Fill in the number as following: "1" for National Pension, "2" for Employees' Pension Insurance, "3" for Employees' Pension (Seamen's) Insurance and "4" for Mutual Aid Pension. Please fill in your former name in this column, if your former name is different from your current name by marriage or other reason.

死亡者が最後に勤務した事業所又は死亡時勤務していた事業所について About the workplace of the deceased person's latest employment under the Japanese pension systems		①名称 Name of the Workplace
②健康保険の被保険者証の記号番号(わかれば記入) Code number on his/her Employees' Health Insurance Certificate (if available)		
死亡者は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。 Has he/she been a Type-4 Insured Person under the Employees' Pension Insurance or a Voluntary and Continuous Insured Person under the Seamen's Insurance?		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No
①被保険者の整理記号番号 Insured person's reference code number		
②保険料を納めた期間 Period during which the insurance contributions were paid		自 From 年 / Y 月 / M 日 / D 至 To 年 / Y 月 / M 日 / D
③保険料を納めた年金事務所名 (社会保険事務所名) Name of the Branch Office of Japan Pension Service (the Social Insurance Office) to which the insurance contribution was paid		

Please enter the corresponding number to each system, which is provided at the bottom of Section 6.

欄外の該当する年金制度の番号を記入します。

Please enter the address. You must at least provide the name of the county, city or ward, if you do not know the details.

Some employees who are actually working in Osaka branch office of a company may have been enrolled to the Employees' Pension Insurance (EPI) at the Branch Office of Japan Pension Service ( Social Insurance Office) in Tokyo where the workplace's headquarters is located. If yours is such case, enter the address of the workplace where you were enrolled in the EPI.

Please do the same for workplaces of a Mutual Aid Association.

・詳しくわからないときでも、郡市区名までは記入します。  
・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ます。

From ① through ⑤: Please refer to the document providing the date of death such as the deceased person's death certificate.

7. ①から7. ⑤については、死亡診断書等で確認して記入します。

7. 死亡を支給事由とする年金に関する情報 / Information for a claim for survivors benefits									
①死亡年月日 Date of death			年 / Y		月 / M		日 / D		
②死亡の原因である疾病又は負傷の名称 Name of disease / injury which caused the death									
③疾病又は負傷の発生した日 Date of onset of the disease / injury			年 / Y		月 / M		日 / D		④疾病又は負傷の初診日 Date of first medical examination
⑤死亡の原因である疾病又は負傷の発生原因 Cause of disease / injury which caused the death									
⑥死亡の原因は第三者行為によりますか。 Was the death caused by a third party?			<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No		⑦申請を行うものは死亡者の相続人になりますか。 Is the claimant a legal heir of the deceased person?			<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No	
⑧死亡した人は次の年金制度の被保険者、組合員または加入者となつたことがありますか。 あるときは該当欄に☑してください。 Has the deceased person ever enrolled to any of the public pension systems? If yes, place "X" in the following relevant boxes.									
<input type="checkbox"/> 1. 国民年金法 / National Pension Law <input type="checkbox"/> 2. 厚生年金保険法 / Employees' Pension Insurance Law <input type="checkbox"/> 3. 船員保険法 (1986年4月以後を除く) / Seamen's Insurance Law (only before April 1986) <input type="checkbox"/> 4. 国家公務員共済組合法 / Law Concerning Mutual Aid Association for National Public Officials <input type="checkbox"/> 5. 地方公務員等共済組合法 / Law Concerning Mutual Aid Association for Local Public Officials <input type="checkbox"/> 6. 私立学校職員共済法 / Law Concerning Mutual Aid for Private School Personnel <input type="checkbox"/> 7. 旧市町村職員共済組合法 / Law Concerning Mutual Aid Association for Officials of Municipalities <input type="checkbox"/> 8. 地方公務員の退職年金に関する条例 / Local Government Ordinance Concerning Retirement Pension for Local Public Officials <input type="checkbox"/> 9. 恩給法 / Law Concerning Public Servants' Pension <input type="checkbox"/> 10. その他 / Others ( )									
⑨死亡者は⑧の年金制度の年金を受給していましたか。受けていたときは、下記に記入してください。 Was the deceased person receiving pension from pension system listed in ⑧ above? If yes, please fill in below.									
制度名 Name of system			年金コードまたは年金証書の記号番号 Pension Code or Number on Pension Certificate						

In signing, you attest to the truth of the information given in the application.  
You also authorize the Canadian competent institution to provide to the Japanese competent institutions information which may affect your entitlement to the Japanese benefits for which you are applying.

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。  
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うる情報を日本の実施機関に提供する権限を与えます。

Please complete Section 8 if there are persons whose priority order is the same order.

8. 同順位の方がいる場合に、記入します。

cf. priority order

- (1) The deceased person's wife
- (2) The deceased person's child(ren) under age 18  
\* (20 if with a certain grade of disability specified by law)
- (3) The deceased person's husband aged 55 or older
- (4) The deceased person's father or mother aged 55 or older
- (5) The deceased person's grandchild(ren) under age 18  
\* (20 if with a certain grade of disability specified by law)
- (6) The deceased person's grandfather or grandmother aged 55 or older

(参考) 順位

1. 配偶者
2. 18歳(法で定められた一定の等級の障害のある20歳)未満の子
3. 55歳以上の夫
4. 55歳以上の父母
5. 18未満(法で定められた一定の等級の障害のある20歳)未満の孫
6. 55歳以上の祖父母

8. 代表者選任に関する情報 / Nomination of the representative in case of more than one eligible claimants						
請求代表者の氏名 Name of the representative		ローマ字 / in Roman letters カタカナ / in Katakana letters	請求代表者の生年月日 Representative's date of birth	年 / Y	月 / M	日 / D
請求代表者の住所 Address of the representative		ローマ字 / in Roman letters カタカナ / in Katakana letters	請求代表者の元受給者との続柄 Representative's relationship to the deceased person			
上記の者を請求代表者とします。 We nominate above-mentioned person our representative.						
氏名 Name		ローマ字 / in Roman letters カタカナ / in Katakana letters	生年月日 Date of birth	年 / Y	月 / M	日 / D
住所 Address		ローマ字 / in Roman letters カタカナ / in Katakana letters	元受給者との続柄 Relationship to the deceased person			

#### 9. 署名欄 / Declaration of claimant

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可能性のある情報および情報を同機関が日本の実施機関に提供することを認めます。  
I declare that the information I have given in this form is true and complete. I authorize the Canadian competent institution to furnish to the Japanese competent institutions all the information and documents which relate or could relate to this claim for benefits.

申請者の署名

Signature of claimant: \_\_\_\_\_