





5.7 Adresse à la date de la demande 申請日の住所:  
 .....  
 .....  
 .....  
 5.8 Numéro d'identification français フランスの社会保障番号  
 .....  
 5.9 Numéro de la pension de base ou le code et le numéro du Carnet de pension au Japon .  
 日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号  
 .....

6. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LE CONJOINT 配偶者に関する補足情報

6.1 A compléter, **s'il s'agit d'une demande de pension personnelle**, en vue de l'examen des droits à une majoration pour conjoint à charge <sup>(1)</sup>

**この請求が申請者本人の年金請求であり、配偶者扶養加算の受給権の審査を請求する時に記入してください<sup>(1)</sup>。**

A-t-il disposé de ressources (y compris de salaires) au cours des trois mois civils précédant cette demande ? 申請日に先立つ3ヶ月間に配偶者には収入(賃金を含む)がありましたか？

oui はい  non いいえ

Montant 金額 : .....  euros ユーロ  yens 円

Perçoit-il une pension personnelle ? 配偶者は自分の年金を受給していますか？

oui はい  non いいえ

Montant 金額 .....  euros ユーロ  yens 円

6.2 A compléter s'il s'agit d'une demande de pension de réversion <sup>(2)</sup>

遺族年金を請求する時に記入してください <sup>(2)</sup>

6.2.1	Renseignements complémentaires concernant la personne assurée décédée 死亡した被保険者に関する情報
Date du décès de la personne assurée 被保険者の死亡日 : 日/J.....月/M.....西暦年/A.....	
Lieu du décès 死亡地: .....	
La personne assurée 被保険者はフランスの1ないし複数の年金(補足退職年金を除く)の受給者	
<input type="checkbox"/> était であった	
<input type="checkbox"/> n'était pas titulaire d'une ou plusieurs pensions ou rentes françaises (autre que retraite complémentaire)ではなかった。	
Le cas échéant, nature de la pension ou de la rente 受給者であった場合、その年金の種類 :	
.....	
Numéro de la pension ou de la rente 年金番号 : .....	
Organisme débiteur 支払い機関: .....	
.....	
.....	

6.2.2 VOS REVENUS D'ACTIVITÉ ET DE REMPLACEMENT ET CEUX DE VOTRE CONJOINT ACTUEL

あなたとあなたの現在の配偶者の就業による所得と 代替所得。

Si vous vivez en couple vous devez également déclarer les ressources de votre conjoint actuel

現在配偶者・同居者と暮らしている場合にはその人の所得も申告してください。

Revenus perçus au titre d'une activité professionnelle au cours des 3 ou 12 mois précédant la présente demande ou la date du décès de l'assuré ?

この申請あるいは被保険者の死亡日に先立つ3ヶ月間あるいは12ヶ月間に就業による所得はありましたか？

OUI はい  NON いいえ

Si oui, indiquer le montant total des salaires はいと答えた場合は賃金合計額を記入してください。

Total pour les 3 mois 3ヶ月分合計 Total pour les 12 mois 12ヶ月分合計

Précédant cette demande 申請日に先立つ		
Précédant le décès 死亡日に先立つ		

Les montants mentionnés ci-dessus sont exprimés en 上記金額の通貨単位  euros ユーロ  yens 円

Revenus de remplacement perçus au cours des 3 mois précédant la présente demande ou la date de décès de l'assuré ?

この申請あるいは被保険者の死亡日に先立つ3ヶ月間に代替所得はありましたか？

(Indemnités de l'assurance maladie, allocations de chômage)

(医療保険休業補償手当、失業給付)

OUI はい  NON いいえ

Si oui, indiquer le montant des indemnités de l'assurance maladie et (ou) des allocations de chômage

はいと答えた場合は医療保険休業補償手当と（又は）失業給付の金額を記入してください。

Total pour les 3 mois 3ヶ月分合計 Total pour les 12 mois 12ヶ月分合計

Précédant cette demande 申請日に先立つ		
Précédant le décès 死亡日に先立つ		

Les montants mentionnés ci-dessus sont exprimés en 上記金額の通貨単位  euros ユーロ  yens 円

### 6.2.3 PENSIONS, RETRAITES ET RENTES perçues par vous ou votre conjoint actuel

あなたとあなたの現在の配偶者が受給している年金について

Percevez vous ou avez-vous demandé à titre personnel ou à titre de réversion :

あなた方は受給者本人として、あるいは遺族として以下の年金を受給している、又は受給請求をしていますか？

Une pension d'invalidité? 障害年金

OUI はい  NON いいえ

Des rentes, pensions, retraites ? (y compris des retraites complémentaires)

その他の年金（補足退職年金を含む）

OUI はい  NON いいえ

Si oui, compléter les zones ci-dessous はいと答えた場合は以下に記入してください :

Pensions reçues à titre personnel 本人として受給している年金

Nom de l'organisme 機関名	
Adresse de l'organisme 機関所在地	
Date d'attribution 支給開始日	日/J.....月/M.....西暦年/A.....
Montant mensuel actuel 現在の月額	..... <input type="checkbox"/> euros ユーロ..... <input type="checkbox"/> yens 円

Pensions reçues à titre de réversion 遺族として受給している年金

Nom de l'organisme 機関名	
Adresse de l'organisme 機関所在地	
Date d'attribution 支給開始日	日/J.....月/M.....西暦年/A.....

#### 6.2.4 AUTRES RESSOURCES その他の収入

Avez-vous des ressources autres que celles déclarées ci-dessus ?

上に申告したものの以外の収入がありますか？

OUI はい

NON いいえ

Si oui, préciser la nature et les montants de ces ressources はいと答えた場合は収入の種類と金額を記入してください

Total pour les 3 mois 3ヶ月分合計

Total pour les 12 mois 12ヶ月分合計

Nature 収入の種類		
Précédant cette demande 申請日に先立つ		
Précédant le décès 死亡日に先立つ		

Les montants mentionnés ci-dessus sont exprimés en 上記金額の通貨単位  euros ユーロ  yens 円

#### 6.2.5 VOS BIENS ET CEUX DE VOTRE CONJOINT ACTUEL (à l'exclusion de la maison d'habitation)

あなたとあなたの現在の配偶者の 財産 (住んでいる家を除く)

Êtes vous propriétaire de biens (maisons, terrains, titres, actions, obligations...) autres que ceux de la succession ? あなた方は相続財産以外の財産 (家屋、土地、所有権、株式、債券等) の所有者ですか？

OUI はい

NON いいえ

Si oui, compléter les zones ci-dessous はいと答えた場合は以下に記入してください:

Nature des biens 財産の種類	
Valeur actuelle 現在価値	..... <input type="checkbox"/> euros ユーロ..... <input type="checkbox"/> yens 円
Adresse des terrains ou des maisons 土地、家屋の所在地	

Avez-vous fait donation de biens personnels 自分の所有財産の贈与をしましたか？  OUI はい  NON いいえ

Si oui, compléter les zones ci-dessous はいと答えた場合には以下に記入してください:

Nature des biens 財産の種類	.....	.....
Date de l'acte de donation 贈与公正証書の日付	.....	.....

Valeur actuelle 現在価値	..... <input type="checkbox"/> euros ユーロ ..... <input type="checkbox"/> yens 円
Adresse des terrains ou des maisons 土地、家屋の所在地	
Lien de parenté du bénéficiaire avec le donateur 贈与者と受贈者の続柄	

**7. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS** (majorations pour enfants) 子についての情報 (子の加算)

Enfants du demandeur 申請者の子

Nom et prénoms des enfants 子の氏名 (姓名の順で記入)	Date de naissance 生年月日 : 日/...月/...西暦年/...	Date de décès (le cas échéant) 死亡の場合は死亡日 日/...月/...西暦年/	Date à compter de laquelle l'enfant 子の扶養期間	
			a été à votre charge 扶養開始日 日/...月/...西暦年	a cessé d'être à votre charge 扶養終了日 日/...月/...西暦年/

Autres enfants élevés par le demandeur 上記以外に申請者が養育した子

Nom et prénoms des enfants 子の氏名 (姓名の順で記入)	Date de naissance 生年月日 : 日/...月/...西暦年/...	Date de décès (le cas échéant) 死亡の場合は死亡日 日/...月/...西暦年/	Date à compter de laquelle l'enfant 子の扶養期間	
			a été à votre charge 扶養開始日 日/...月/...西暦年/	a cessé d'être à votre charge 扶養終了日 日/...月/...西暦年/...

Vous avez ou vous avez eu à votre charge 1 ou plusieurs enfants atteints d'une incapacité d'au moins 80% donnant lieu à l'attribution d'une prestation spécifique

80%以上の障害を認定され、特定給付受給資格を有する子を一人あるいは二人以上扶養している、あるいは過去に扶養しましたか？  oui はい  non いいえ

8.	MODE DE PAIEMENT CHOISI PAR LE DEMANDEUR 申請者による支払い方法の選択
8.1	<input type="checkbox"/> Compte bancaire, joindre un RIB avec code IBAN ou SWIFT. 銀行口座振込。IBAN 又は SWIFT コードを明記した口座証明書を添付
8.2	<input type="checkbox"/> Autre mode de paiement その他の支払い方法 : .....

J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des présentes déclarations et je m'engage à faciliter toute enquête faite pour les vérifier<sup>(3)</sup>  
私は上記申告が正確である事を名誉にかけて証し、その確認調査に協力する事を約束します<sup>(3)</sup>。

Fait à 様式記入地 ..... 記入日 le : 日/J.....月/M.....西暦年/A.....

Signature署名<sup>(4)</sup>

N° de téléphone du signataire 署名者の電話番号:

Courriel 電子メール :

Instructions 記入の仕方

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de sept pages ; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.

ローマ字の活字体で点線の部分に記入してください。この様式は全部で 7 枚あります。該当項目がないページがあっても、7 枚揃えて提出してください。

NOTES 注記

(1) Une majoration peut être accordée si le conjoint / 配偶者加算は以下の場合に認められます:

- est âgé d'au moins 65 ans ou reconnu médicalement inapte au travail entre 60 et 65 ans  
配偶者は 65 才以上である、又は 60 才から 65 才までの間に就労不能との医師の診断があった。 .
- ne dispose pas de ressources personnelles dépassant la limite légale.  
法定の上限を越す自分の収入がない。

(2) Dans le cadre de la législation française, les ex-conjoints survivants d'un assuré décédé peuvent, sous certaines conditions, prétendre à une pension de réversion. Si le décédé a eu plusieurs conjoints, préciser si possible dans le cadre ci-dessous l'identité des différents conjoints et les dates de mariage et divorce.

フランスの法令では、死亡した被保険者が生前に離婚している場合、生存する元配偶者も一定の条件下に遺族年金受給を請求できます。死亡した被保険者に再婚歴がある場合は、可能ならば配偶者それぞれの身元、婚姻日、離婚日を以下に記入してください。

1 <sup>er</sup> conjoint 配偶者 1	Nom 姓 – Prénom 名 .....	Date de naissance 生年月日 : 日/J.....月/M.....西暦年/A.....
	Adresse 住所 : .....	
	Date du mariage 婚姻日 .....	Date du divorce 離婚日 .....
2 <sup>e</sup> conjoint 配偶者 2	Nom 姓 – Prénom 名 .....	Date de naissance 生年月日 : 日/J.....月/M.....西暦年/A.....
	Adresse 住所 : .....	
	Date du mariage 婚姻日 .....	Date du divorce 離婚日 .....

(3) La loi rend passible d'amende ou (et) d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (art. L 377-1 du CSS art. L 150 du Code pénal).

不正や偽りの申告の罪を問われた者には、罰金刑あるいは（及び）禁固刑の求刑が法律で規定されています（社会保障法典L 377-1 条と刑法典L 150 条）。

(4) Après avoir rempli et signé votre demande vous devez la faire parvenir avec toutes pièces justificatives d'état civil vous concernant et concernant le conjoint et les enfants, à l'institution japonaise auprès de laquelle vous déposez votre demande de pension.

この請求書に記入・署名のうえ、申請者・配偶者・子の身分を証明する書類を添えて、年金請求を申請する日本の機関に提出してください。



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA CARRIÈRE DE L'ASSURE

被保険者の職歴に関する情報

ARTICLE 13 DE L'ACCORD

Article 6 et article 10 de l'arrangement administratif général

協定第 13 条、一般行政取決め第 6 条、第 10 条

Référence de l'institution française  
compétente

フランスの実施機関の照会番号

Numéro de pension de base ou le code et le  
numéro du Carnet de pension au Japon . 日本  
の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号

Numéro d'identification français

フランスの社会保障番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. \* CADRE RESERVE A L'ORGANISME JAPONAIS DE LIAISON 日本の連絡機関により記入される欄  
INSTITUTION QUI FORMULE LA DEMANDE 情報を請求する機関

- |  |   |
|--|---|
| <p>1.1 <input type="checkbox"/> Agence des Assurances Sociales<br/>社会保険庁</p> <p><input type="checkbox"/> Centre des opérations des assurances sociales<br/>社会保険業務センター</p> <p><input type="checkbox"/> Fédération des Mutuelles des fonctionnaires de l'Etat<br/>国家公務員共済組合連合会</p> | <p><input type="checkbox"/> Fédération des Mutuelles des fonctionnaires des<br/>collectivités locales<br/>地方公務員共済組合連合会</p> <p><input type="checkbox"/> Société pour la Promotion de l'Enseignement Privé et<br/>pour l'Entraide de son personnel<br/>日本私立学校振興・共済事業団</p> |
|--|---|

Application de l'article 13 de l'accord 協定第 13 条の適用

Autre motif (à préciser) その他の理由 (明記してください)

2. Assuré 被保険者

2.1	Nom 姓	.....	Prénom 名	.....
2.2	Nom de naissance 旧姓	.....	Date de naissance 生年月日	J/ M/ A/ 日... 月... 西暦年.....
2.3	Sexe 性別	<input type="checkbox"/> Masculin 男 <input type="checkbox"/> Féminin 女		
2.4	Adresse 住所	..... .....		
2.5	Numéro de téléphone 電話番号	.....		

2. Informations concernant toutes les périodes accomplies (en France et dans tout autre État en dehors du Japon) <sup>(1)</sup> フランスその他日本以外の国で得た保険期間についての情報 <sup>(1)</sup>

	Périodes 期間		Nature des périodes 期間の種類 <sup>(2)</sup>	Dénomination et siège de l'employeur ou nature de l'activité non salariée 使用者の名称と所在 地、あるいは自営業の業種	Lieu et pays d'exercice de l'activité 就業地、国 <sup>(3)</sup>	Institution ou régime d'assurance 保険制度・機関 <sup>(1)</sup>		Lieu de résidence pendant la période d'activité 就業期間中の居住地
	Du より 日/月/年	Au まで 日/月/年				Numéro d'immatriculation 加入者番号	Nature de l'assurance 保険の性格 <sup>(4)</sup>	
	1	2				3	4	
1						a) ..... b) ..... c) .....		
2						a) ..... b) ..... c) .....		
3						a) ..... b) ..... c) .....		
4						a) ..... b) ..... c) .....		
5						a) ..... b) ..... c) .....		

6						a) ..... b) ..... c) .....	
7						a) ..... b) ..... c) .....	
8						a) ..... b) ..... c) .....	

.....

Date 日付

.....<sup>(5)</sup>

Signature 署名

## INSTRUCTIONS 記入の仕方

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de 3 pages ; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile. Si l'espace prévu à la page 2 n'est pas suffisant pour y indiquer toutes les périodes de la carrière de l'assuré, intercaler à la suite une ou plusieurs pages identiques en modifiant les numéros qui figurent à l'extrême gauche (remplacer 1, 2, 3 ... par 9, 10, 11 ...).

ローマ字の活字体で点線の部分に記入してください。この様式は全部で 3 枚あります。該当項目がないページがあっても、3 枚揃えて提出してください。被保険者の職歴の期間をすべて記入するにあたって、2 ページ目の欄だけでは足りない場合は、同様のページを 1 ないし複数追加し、その際左端の列の番号を変更してください（1、2、3、の代わりに例えば 9、10、11 と番号を振る）。

## NOTES 注記

- (1) Joindre une copie des documents probants pour chaque période (fiches de paye, attestation d'emploi, appel de cotisations).  
それぞれの期間についてそれを裏付ける書類（給料明細書 fiches de paye、雇用証明書 attestation d'emploi、保険料請求書 appel de cotisations）のコピーを添付してください。
  - (2) Indiquer la nature de l'activité exercée (travailleur salarié ou indépendant ; par exemple, mécanicien, vendeur, agriculteur indépendant), éventuellement, périodes sans occupation professionnelle (par exemple : ménagère, chômage, maladie, etc.), service militaire.  
就業のタイプ（被用者 salarié か自営業者 indépendant か：例えば機械工 mécanicien、販売員 vendeur、自営農業者 agriculteur indépendant 等）を記入するか、あるいは非就業期間（主婦 ménagère、失業 chômage、病気休業 maladie 等）や兵役 service militaire に該当する場合はそう記入してください。
  - (3) Préciser le nom ou le numéro du département. 県名と県番号（フランスでは郵便番号の初めの 2 桁）を書いてください。
  - (4) Préciser s'il s'agit d'assurance obligatoire, d'assurance volontaire ou d'une période sans assurance.  
強制加入 obligatoire、任意加入 volontaire、保険なし sans assurance の別を書いてください。
  - (5) Si la page 2 est remplie par le requérant lui-même, elle doit être datée et pourvue de sa signature.  
2 ページ目を申請者本人が記入した場合は、ここに日付とサインが必要です。
-