



<b>3.</b>	<b>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES 補足的な事項</b>
3.1	Date de début de l'incapacité de travail 就労不能となった日：日/J.....月/M.....西暦年/A.....
3.2	<input type="checkbox"/> vous exercez une activité 就労している <input type="checkbox"/> salariée 被用者として <input type="checkbox"/> non salariée 自営業者として <input type="checkbox"/> vous n'exercez plus d'activité 就労をやめた    depuis le やめた日：日/J.....月/M.....西暦年/A.....

<b>4.</b>	<b>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT DES DROITS À PRESTATIONS</b> 給付を受ける権利についての補足情報
Vous bénéficiez des prestations suivantes 以下の給付を受けています：	
4.1	<input type="checkbox"/> indemnités de l'assurance maladie pour incapacité de travail depuis le
4.2	医療保険の休業補償手当。支給開始日：            日/J.....月/M.....西暦年/A.....
4.3	<input type="checkbox"/> pension d'invalidité depuis le 障害年金。支給開始日： 日/J.....月/M.....西暦年/A.....
4.4	<input type="checkbox"/> pension de vieillesse depuis le 老齢年金。支給開始日：日/J.....月/M.....西暦年/A.....
4.5	<input type="checkbox"/> pension de survivant depuis le 遺族年金。支給開始日：日/J.....月/M.....西暦年/A.....
4.6	<input type="checkbox"/> rente accident du travail ou maladie professionnelle depuis le
4.7	労災・職業病年金。支給開始日：日/J.....月/M.....西暦年/A.....
4.8	<input type="checkbox"/> prestations de chômage depuis le 失業給付。支給開始日：日/J.....月/M.....西暦年/A.....
	<input type="checkbox"/> autre prestation (à préciser) その他の給付（明記してください） .....
	Organisme débiteur 支払い機関： .....
	.....
	.....
	.....

<b>5.</b>	<b>MODE DE PAIEMENT CHOISI PAR LE DEMANDEUR 申請者による支払い方法の選択</b>
5.1	<input type="checkbox"/> Compte bancaire, joindre un RIB avec code IBAN ou SWIFT.
5.2	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
	<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>(1)</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>(1)</sup>。

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

Signature署名 <sup>(2)</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 3 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 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。

## NOTES 注記

<sup>1)</sup> *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）。

<sup>2)</sup> *Après avoir rempli et signé votre demande vous devez la faire parvenir avec toutes pièces justificatives d'état civil vous concernant 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、年金を請求する日本の機関に提出してください。

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA CARRIÈRE DE L'ASSURÉ

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**

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

- 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	5	6	7	
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。
-