

Guía para Solicitud de Pensión Nacional/ Seguro de Pensiones de los Asalariados【国民年金・厚生年金保険裁定請求書記入要領】

Solicitud para Pensión de Vejez/ Incapacidad 老齡、障害を支給事由とする年金給付

Pueden encontrar el número de la Pensión Básica japonesa o el número de la Cartilla de pensiones en su comunicación de número de pensión básica o en su guía de pensión. 日本^①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 y ⑤ los caracteres latinos deben ir en mayúsculas (lo mismo en el resto del formulario)
 - Se podrá rellenar también en letras katakana y en letras kanji, si están disponibles (lo mismo en el resto del formulario)
 ・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、カタカナ及び漢字を記入してください。

Si tiene una esposa que pueda tener derecho a las prestaciones, rellene esta sección. Una esposa con derecho a prestaciones incluye una esposa de hecho (derecho común) que no esté oficialmente registrada como casada. 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。

社会保障に関する日本国とスペインとの間の協定
 CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE JAPÓN Y ESPAÑA

国民年金・厚生年金保険裁定請求書(老齡、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)
 Solicitud de Pensión Nacional/ Seguro de Pensiones de los Asalariados
 (Para Pensión de Vejez/ Incapacidad)
 (También para la Pensión de las Mutualidades)

ES/JP01 西一日

スペイン実施機関記入欄
 Utilizado por la institución competente de España

日本の無会番号
 Número japonés de referencia

※この請求書は、スペインの実施機関の窓口提出用です。
 Este formulario de solicitud es sólo para presentarlo a la institución competente de España.

※日本保険者により記入される欄
 A cumplimentar sólo por los organismos de enlace japoneses

受付日が入ったスタンプ
 Fecha de entrada en la institución competente de España

日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号
 Número de Pensión Básica japonesa o Número en el Cartilla de Pensiones

スペイン社会保障番号
 Nº de Seguridad Social española

スペイン身分証明書番号
 Nº de identificación español

申請のあった給付の種類 / Prestación solicitada

老齡を支給事由とする年金 / Vejez 障害を支給事由とする年金 / Incapacidad

1. 申請者に関する情報 / Solicitante

①氏 Apellidos: ②名 Nombre

③性別 Sexo: 男 / Masculino 女 / Femenino ④生年月日 Fecha de nacimiento

⑤住所 Dirección

⑥電話番号 (国番号、エリアコードを含む) Número de teléfono, incluyendo código de país y zona

2. 配偶者に関する情報 / Cónyuge del solicitante

①氏 Apellidos: ②名 Nombre

③性別 Sexo: 男 / Masculino 女 / Femenino ④生年月日 Fecha de nacimiento

⑤日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号
 Número en la Pensión Básica japonesa o en la Cartilla de Pensiones

⑥年収が850万円未満ですか
 Renta anual inferior a 8,5 millones de yenes はい / Sí いいえ / No

Indique su número de la Seguridad Social español y número de documentativos español que es el DNI para nacionales españoles, o es el NIE para extranjeros (si se conoce).
 スペインの社会保障番号及びスペイン身分証明書番号(スペイン国籍者はDNI、外国人はNIE)を記入してください(知っている場合)。

Respecto al “tipo de prestaciones solicitadas” indique el recuadro correspondiente a la prestación que solicita.
 申請のあった給付の情報は、請求する年金をチェックしてください。

Indique el año en cuatro dígitos y el mes en dos dígitos, como “1955 12 15” para 15 de Diciembre de 1955 (lo mismo en el resto del formulario)
 年月日の年は西暦4桁を記入してください。
 例: 1995年12月15日

Si tiene hijo (s) con derecho a prestación, rellene esta sección persona fallecida tiene hijo (s) con derecho a recibir los beneficios, rellene esta sección. Un hijo con derecho a prestación es el que el 31 de marzo tenga 18 años o menos, o tenga menos de 20 si él/ella están incapacitados.

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歳未満の子に限ります。

Indíquese el nombre del banco y de la sucursal en letras mayúsculas latinos.

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。

- Sección 1: Indíquese si el solicitante está recibiendo o en proceso de recepción o solicitando prestaciones de otra pensión pública japonesa en concepto de vejez, incapacidad o supervivencia. (Referirse a la lista de los sistemas de pensión aplicables). Si este es el caso, indíquese el nombre del sistema de pensión pública, clase de pensión, fecha del reconocimiento del derecho, código de pensión o número del certificado de pensión. Si el solicitante está recibiendo una pensión de la Mutua, indíquese el nombre de la Asociación de la Mutua en la rúbrica "Nombre del sistema".

- Sección 2: Indíquese información sobre la pensión de la esposa, si procede, de la misma manera que se indicó más arriba.

・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 / Hijo/s del solicitante			
1	①氏 Apellidos	ローマ字 / en caracteres latinos カタカナ / en caracteres Katakana 漢字 / en caracteres Kanji	②名 Nombre
	③性別 Sexo	<input type="checkbox"/> 男 / Masculino <input type="checkbox"/> 女 / Femenino	④生年月日 Fecha nacimiento
⑤障害の状態にありますか / Hijo con incapacidad		<input type="checkbox"/> はい / Si <input type="checkbox"/> いいえ / No	
⑥年収が850万円未満ですか Renta anual inferior a 8.5 millones de yenes		<input type="checkbox"/> はい / Si <input type="checkbox"/> いいえ / No	
2	①氏 Apellidos	ローマ字 / en caracteres latinos カタカナ / en caracteres Katakana 漢字 / en caracteres Kanji	②名 Nombre
	③性別 Sexo	<input type="checkbox"/> 男 / Masculino <input type="checkbox"/> 女 / Femenino	④生年月日 Fecha nacimiento
⑤障害の状態にありますか / Hijo con incapacidad		<input type="checkbox"/> はい / Si <input type="checkbox"/> いいえ / No	
⑥年収が850万円未満ですか Renta anual inferior a 8.5 millones de yenes		<input type="checkbox"/> はい / Si <input type="checkbox"/> いいえ / No	
4. 支払金融機関に関する情報 / Entidad financiera a la que se enviarán las prestaciones			
①銀行の名前 Nombre del Banco	③口座番号 Número de cuenta	ローマ字 / en caracteres latinos	
②本店又は支店名 Sede central o nombre de la sucursal	④銀行の住所 Dirección de la sede o sucursal	カタカナ / en caracteres Katakana	
<input type="checkbox"/> 本店 / Sede central <input type="checkbox"/> _____ 支店 <div style="text-align: center;">Sucursal</div>			
5. 現在、受給している日本国の公的年金に関する情報 / Pensión pública japonesa que percibe el solicitante			
申請者は既に日本国の公的年金を受給していますか、 ¿Percibe o ha solicitado el solicitante una pensión pública japonesa?		<input type="checkbox"/> はい / Si <input type="checkbox"/> いいえ / No	
1	①制度名 Nombre del Sistema	③支給を受けること なった年月日 Fecha de adquisición del derecho	年 / Año 月 / Mes 日 / Día
	②年金の種類 Tipo de Pensión	<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金 / Vejez <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金 / Incapacidad <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金 / Supervivencia	
④年金コード又は年金証書の記号番号 Código de pensión o número en el certificado de pensión			
配偶者は既に日本国の公的年金を受給していますか、 ¿Percibe o ha solicitado una pensión pública japonesa el cónyuge del solicitante?		<input type="checkbox"/> はい / Si <input type="checkbox"/> いいえ / No	
2	①制度名 Nombre del Sistema	③支給を受けること なった年月日 Fecha de adquisición del derecho	年 / Año 月 / Mes 日 / Día
	②年金の種類 Tipo de Pensión	<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金 / Vejez <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金 / Incapacidad <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金 / Supervivencia	
④年金コード又は年金証書の記号番号 Código de pensión o número en el certificado de pensión			

Sistemas de pensiones públicas aplicables

- A. Legislación Nacional de pensiones
- B. Legislación de seguro de pensiones de los Asalariados
- C. Legislación de seguro para trabajadores del mar (Sólo antes de abril de 1986)
- D. Legislación relativa a la Asociación de la Mutua para funcionarios públicos. (Incluidas las leyes relativas a la implementación de beneficios de largo plazo en vigor antes de abril de 1986)
- E. Legislación relativa a la Asociación de la Mutua para funcionarios locales. (Incluidas las leyes relativas a la implementación de beneficios de largo plazo en vigor antes de abril de 1986)
- F. Legislación relativa a la Mutua para personal de Escuelas privadas.
- G. Legislación relativa a la asociación de la Mutua para los Asalariados en Instituciones de Agricultura, Bosques y pesca.
- H. Legislación relativa a las pensiones de funcionarios públicos.
- I. Ordenanza del Gobierno local relativa a las pensiones de jubilación para funcionarios locales.
- J. Legislación relativa a la Asociación de la Mutua para Mineros en las obras públicas YAWATA de la Compañía Nipon Steel (Acero japonés).
- K. Disposición suplementaria del artículo 13 de la legislación especial de funcionarios del tribunal de distrito.
- L. Legislación relativa a las medidas especiales para antiguos beneficiarios de la MAA.
- M. Legislación para ayuda de las víctimas de guerra y supervivientes.

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 no está seguro de las fechas específicas, indique toda la información que conozca, como mes o estación, por ejemplo, verano del año 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。

- Indique su historial de cobertura bajo los sistemas de pensiones japoneses en orden cronológico desde la más antigua/primer cobertura hasta la más reciente.
 - Si la dirección de la persona fallecida ha cambiado durante el tiempo en que estaba cubierta por la Pensión Nacional, especifique la antigua dirección y el periodo de residencia.
 - Si ha habido un cambio en el nombre o dirección de un lugar de trabajo o si él/ella se ha trasladado entre diferentes agencias mientras él/ella estaba cubierto por el Seguro de Pensiones de los Asalariados, indique cada lugar de trabajo, nombre, dirección, periodo de cobertura y nombre del sistema de pensiones respectivamente.

・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。

6. 日本の保険加入期間に関する情報 / Historial de periodos de seguro en los sistemas japoneses de pensiones

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。
 Cumplimiento su historial de periodos de seguro en los sistemas de pensiones públicas japonesas con la mayor exactitud posible

加入期間 (年/月/日) Periodos de seguro Desde A/M/D Hasta A/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名 / Cite el lugar de trabajo o el armador si usted era tripulante a bordo de un buque	事業所 (船舶所有者) の所在地又は国民年金加入時の住所 / Dirección del lugar de trabajo o del armador cuando usted estaba afiliado a la Pensión Nacional	加入していた年金制度等 (注) Sistema de pensiones en el que estaba cubierto (*)
/ / 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」を記入してください。
 ○ 共済組合「4」の場合は、加入した共済組合の名称もこの欄に記入してください。
 ○ 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ください。

(*)
 - Escriba el número como sigue: "1" para la Pensión Nacional, "2" para el Seguro de Pensiones de los Asalariados, "3" para el Seguro de Pensiones de los Asalariados (del Mar) y "4" para la Pensión de las Mutuas.
 - Al escribir "4", indique por favor el nombre de la Mutua a la que estaba afiliado.
 - Por favor, escriba en esta columna su nombre anterior si, por matrimonio u otro motivo, es distinto del actual.

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 Información de su lugar de trabajo en su último empleo bajo los sistemas japoneses de pensiones	①名称 Nombre del lugar de trabajo
②健康保険の被保険者証の記号番号 (はがれは再記入) Número de código en su Certificado de Seguro de Enfermedad de los Asalariados (si está disponible)	
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被保険者となったことがありますか。 (Ha sido alguna vez asegurado del tipo 4 del Seguro de Pensiones de los Asalariados o Asegurado Voluntario y Continuo del Seguro de Trabajadores del Mar?)	<input type="checkbox"/> はい / Si <input type="checkbox"/> いいえ / No
③被保険者の整理記号番号 Número de código de referencia de la persona asegurada	
④保険料を納めた期間 Periodos durante los cuales se pagaron cotizaciones al seguro	年 / Año 月 / Mes 日 / Día 自 / Desde 至 / Hasta
⑤保険料を納めた年金事務所名 (社会保険事務所名) Nombre de la Oficina del Servicio de Pensiones (Oficina de la Seguridad Social) a la que se pagaron las cotizaciones del seguro	

Indíquese el número correspondiente a cada sistema, que se encuentra en la parte de debajo de la sección 6.
 欄外の該当する年金制度の番号を記入してください。

Indíquese la dirección. Debe indicar, al menos el nombre de la región y de la ciudad, si no conoce los detalles. Algunos trabajadores por cuenta ajena que están actualmente trabajando en la oficina de Osaka de una compañía pueden haber estado incorporados en el Seguro de Pensiones de los Asalariados en la Agencia del Servicio de Pensiones de Japón (Oficina de la Seguridad Social) en Tokyo donde el lugar de trabajo tiene sus oficinas centrales. En ese caso, indíquese la dirección del lugar de trabajo en el que usted esté incorporado en el Seguro de Pensiones de los Asalariados. Hágase lo mismo respecto a los lugares de trabajo de una Asociación de Ayuda Mutua.
 ・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。

Indíquese el nombre oficial del lugar de trabajo que se señaló al Servicio de pensiones de Japón (Oficina de la Seguridad Social) o la oficina regional de seguridad social durante el tiempo en que él/ella estaba bajo su cobertura. En lo que se refiere a los lugares de trabajo, indíquese el nombre específico de las oficinas o fábricas, tales como oficina de corporación A de Tokio. Hágase lo mismo respecto a los lugares de trabajo de una Asociación de la Mutua. Si posible, indíquese el nombre japonés.
 ・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 está solicitando pensión por incapacidad, complete esta sección.

障害を支給事由とする年金を申請する方が記入します。

Al firmar que declara que es veraz la información indicada en la solicitud. Autoriza también a la institución competente española a proporcionar a las instituciones competentes japonesas la información relativa a su derecho a las prestaciones japonesas que está solicitando.

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、あなたはスペインの実施機関に対し、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。

7. 障害を支給事由とする年金に関する情報 / Información para la solicitud de prestación de incapacidad				
1	請求の区分 Tipo de solicitud <input type="checkbox"/> ①認定日による請求 Solicitud de prestaciones por iniciarse la incapacidad mientras se abonan cotizaciones <input type="checkbox"/> ②事後重症による請求 Solicitud de prestaciones por grado de incapacidad avanzado			
	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 de más arriba es aplicable, ¿ha solicitado ① en el pasado? <input type="checkbox"/> はい / Si <input type="checkbox"/> いいえ / No			
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。 ¿Ha percibido alguna vez una pensión pública japonesa de incapacidad? <input type="checkbox"/> はい / Si <input type="checkbox"/> いいえ / No			
	年金の名称 / Nombre de la pensión 年金コード又は年金証書の記号番号 Código de la pensión o número del certificado de pensión			
3	傷病について / Sobre la enfermedad / lesión			
	①傷病名 / Nombre de la enfermedad / lesión			
	②傷病の発生した日 / Fecha de inicio <table border="1"> <tr> <td>年 / Año</td> <td>月 / Mes</td> <td>日 / Día</td> </tr> </table>	年 / Año	月 / Mes	日 / Día
年 / Año	月 / Mes	日 / Día		
	③初診日 Fecha del primer examen médico <table border="1"> <tr> <td>年 / Año</td> <td>月 / Mes</td> <td>日 / Día</td> </tr> </table>	年 / Año	月 / Mes	日 / Día
年 / Año	月 / Mes	日 / Día		
	④初診日において加入していた公的年金制度 Sistema público de pensiones por el que estaba cubierto en la fecha del primer examen médico <input type="checkbox"/> 国民年金 / Pensión Nacional <input type="checkbox"/> 厚生年金保険 / Seguro de Pensiones de los Afiliados <input type="checkbox"/> 共済組合 / Pensión de las Mutuas <input type="checkbox"/> スペイン年金制度 / Sistema de pensiones de España			
	⑤症状が固定して治療の効果も期待できない場合は固定した日 Fecha en la que la gravedad de la enfermedad / lesión se estabilizó y no era de esperar una recuperación posterior con tratamiento médico <table border="1"> <tr> <td>年 / Año</td> <td>月 / Mes</td> <td>日 / Día</td> </tr> </table>	年 / Año	月 / Mes	日 / Día
年 / Año	月 / Mes	日 / Día		
	⑥傷病の原因は職務上ですか。 ¿La enfermedad o lesión se produjo por causa del trabajo? <input type="checkbox"/> はい / Si <input type="checkbox"/> いいえ / No			
	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。 ¿Tiene usted derecho a prestación, o la ha solicitado, por esta enfermedad / lesión en cualquiera de los sistemas citados a la derecha? <input type="checkbox"/> 労働基準法 / Legislación sobre Normas de Trabajo <input type="checkbox"/> 船員保険法 / Ley de Seguro de Trabajadores del Mar <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法 / Legislación de Seguro de Indemnización por Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/> 国家公務員災害補償法 / Legislación de Seguro de Indemnización por Accidente de los funcionarios nacionales <input type="checkbox"/> 地方公務員災害補償法 / Legislación de Seguro de Indemnización por Accidente de funcionarios 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 / Legislación sobre indemnización por Accidente de Trabajo para médicos, dentistas y farmacéuticos de la escuela pública			
	⑧⑦の制度から受けられるときはその種類 Tipo de prestaciones si tiene derecho a prestaciones del sistema citado en ⑦ <input type="checkbox"/> 障害補償給付 (障害給付) / Prestación en compensación por discapacidad (prestación de discapacidad) <input type="checkbox"/> 傷病補償給付 (傷病年金) / Prestación en compensación por invalidez (prestación de invalidez)			
	支給の発生した日 Fecha de adquisición del derecho <table border="1"> <tr> <td>年 / Año</td> <td>月 / Mes</td> <td>日 / Día</td> </tr> </table>	年 / Año	月 / Mes	日 / Día
年 / Año	月 / Mes	日 / Día		
	⑨傷病の原因は第三者行為によりますか。 ¿La enfermedad o lesión fue causada por un tercero? <input type="checkbox"/> はい / Si <input type="checkbox"/> いいえ / No			
8. 署名 / Declaración del solicitante				
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。私はスペインの実施機関が有する本給付申請に関与する又は関与する可能性がある情報及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。 Declaro que la información dada en este formulario es veraz y completa. Autorizo a la Institución Competente de España a presentar a las instituciones competentes japonesas toda la información y documentos que estén o puedan estar relacionados con esta solicitud de prestaciones.				
申請者の署名 Firma del solicitante: _____				

Indique uno de los dos tipos de solicitud señalados más abajo

1.- Solicitud de prestaciones debidas a la aparición de una incapacidad durante el periodo de cotización. Si tiene un nivel de incapacidad declarado cuando haya transcurrido un año y seis meses desde el primer examen médico de la enfermedad o lesión, puede solicitar esta prestación. Puede solicitar también este beneficio antes del transcurso de un año y seis meses cuando la lesión se haya curado o se haya declarado el estado de incapacidad, si no se ha curado.

Tenga en cuenta la necesidad de tener ciertos periodos de cobertura.

2.- Solicitud de prestación debidos a un grado de discapacidad avanzado. Incluso si la condición 1 indicada más arriba no procede en su caso, puede solicitar una prestación en el caso de que su incapacidad llegue al nivel declarado en una fecha posterior. Debe presentar la solicitud antes de los 65 años. Tiene derecho a la pensión al mes siguiente de su solicitud.

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。