



Application for invalidity benefits under the Agreement on Social Security between Switzerland and Japan

社会保障協定に関するスイス連邦と日本国との協定に基づく障害給付申請書

Competent Swiss invalidity office for dealing with the application

当該申請書を取扱うスイス障害局

Application received on (competent Swiss invalidity office)

申請書受付日 (スイス補償局による記入)

Application received on (JP social security institution)

申請書受付日 (日本の社会保障機関による押印)

Please complete this application form in Roman block letters. For Japanese, please also indicate their names in Kanji letters. 原則、この申請書は、ローマ字ブロック体で記入してください。日本人の方は、氏名を漢字でも記入してください。

1 Identity of the insured person 被保険者情報

	Roman letters ローマ字/Kanji letters 漢字
1.1 Surname 姓	_____ / _____
1.2 Previous Names 旧姓	_____ / _____
1.3 First and middle names 名およびミドルネーム	_____ / _____
1.4 Date of birth 生年月日	_____ / _____ day, month, year 日, 月, 年
1.5 Japanese Basic Pension number 日本の基礎年金番号	_____ - _____
1.6 Swiss Social Security number スイス社会保障番号	_____ - _____
1.7 Address 住所	_____ _____
Postal code 郵便番号	Town 市区町村
Prefecture 都道府県	Country 国
Tel. No. 電話番号	

1.8 Civil status* 婚姻の状況

Single 单身	Married since 既婚 (いつから)	Divorced since 離婚 (いつから)	Widowed since 寡婦 (夫) (いつから)	Separated since 別居 (いつから)
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
	day, month, year 日, 月, 年	day, month, year 日, 月, 年	day, month, year 日, 月, 年	day, month, year 日, 月, 年

1st marriage _____
1 回目の婚姻

2nd marriage (if appl.) _____
2 回目の婚姻 (該当する場合)

3rd marriage (if appl.) _____
3 回目の婚姻 (該当する場合)

Surname, given names and date of birth of former spouses
過去の配偶者の姓・名・生年月日

1.9 Nationality 国籍

For Swiss nationals _____
スイス国籍の場合 town, Canton of origin 出生地の市町村, 州

Origin for foreigners _____
外国籍者の場合 Nationality(ies) 国籍

1.10 Is the insured person under guardianship? Yes はい No いいえ
被保険者は後見を受けていますか。

or has he/she got an official financial and administrative representative? Yes はい No いいえ
あるいは、被保険者には、公的な財産及び行政上の代理人がいますか。

If so, name and address of guardian or representative
「はい」の場合、後見人または代理人の氏名・住所

Authority which granted guardianship or representation
後見または代理の権限を認めた官庁

2 Identity of the insured persons' spouse / registered partner LPart* 被保険者の配偶者/公法上のパートナー

Roman letters ローマ字 Kanji letters 漢字

2.1 Surname 姓 _____ / _____

2.2 Previous names 旧姓 _____ / _____

2.3 First and middle names 名およびミドルネーム _____ / _____ Date of birth 生年月日 _____ day, month, year 日, 月, 年

2.4 Japanese Basic Pension number 日本の基礎年金番号 _____ - _____ - _____ - _____ - _____

2.5 Swiss Social Security number スイス社会保障番号 _____ - _____ - _____ - _____ - _____

2.6 Nationality(ies) 国籍 _____

Since _____ Place of origin _____
いつから day, month, year 日, 月, 年 出生地 for Swiss nationals スイス国籍保有者のみ

2.7 Address 住所 _____

3 Identity of the ex-spouse / partner. To be completed if the insured person is widowed or has been married /

in a registered partnership LPart* more than once. 元配偶者・パートナー/被保険者が寡婦（夫）である、過去に結婚歴がある、
また は登録パートナー制度 LPart*に登録していたことがある場合に記入。

Roman letters ローマ字/Kanji letters 漢字

3.1 Surname 姓 _____ / _____

3.2 Previous names 旧姓 _____ / _____

3.3 First and middle names 名およびミドルネーム _____ / _____ Date of birth 生年月日 day, month, year 日. 月. 年

3.4 Date of marriage* 婚姻年月日 _____ Date of divorce* 離婚年月日 _____ Date of death 死亡年月日 day, month, year 日. 月. 年

3.5 Address 住所 _____

3.6 If there are other ex-spouses, please give all information under points 3.1 to 3.5 concerning them on a separate sheet of paper, which must be submitted with this application.
他にも元配偶者がいる場合、3.1 から 3.5 に関してすべての情報を別紙にて記述のうえ、この申請書と併せて提出してください。

* LPart = Federal Law on civil partnerships between persons of the same sex. In this form, the civil status designations also have the following meanings: • marriage: civil partnership, • divorce: legal dissolution of the civil partnership, • widowhood: death of the civil partner.

同姓者間に関する市民パートナーシップ連邦法、本申請書において、婚姻歴の区分には次の意味も含まれます。

・婚姻：市民パートナーシップ ・離婚：市民パートナーシップの合法的解消 ・寡婦（夫）：市民パートナーの死亡

318.000.1 GB

4. Information concerning all the insured person's children. 被保険者のすべての子に関する情報
For fostered or adopted children, please provide the official documents. 里子もしくは養子の場合は公的な書類を提供してください。

4.1 In order to examine the right to a bonus for educational tasks, all children must be listed.
For children between the age of 18 and 25 who are students or doing an apprenticeship, please enclose the relevant studies or apprenticeship certificates.
養育期間について審査するため、すべての子について記載してください。
18 歳から 25 歳までの子が、学生もしくは実習期間である場合には、学業や実習期間に関する証明書類を添付してください。

Roman letters ローマ字/Kanji letters 漢字

5.5 Are any OASI or invalidity benefits (pension or other) currently being paid / have ever been paid?

老齢・遺族または障害給付（年金又はその他）を現在受給している/または受給されたことがありますか。

To yourself? 申請者本人

Yes はい

No いいえ

To your spouse? 配偶者

Yes はい

No いいえ

For children? 子

Yes はい

No いいえ

If so, by which invalidity office or accident insurance or occupational pension plan?

「はい」の場合、どの障害局、労災保険または企業年金ですか。

5.6 Have you applied for or are you receiving benefits (medical care, rehabilitation, daily allowances, pensions aids)?

下記の機関から給付金（医療、リハビリテーション、日当、年金補助）を申請した事がある、または受給していますか。

From the National Accident Fund? (NAF) 国立災害基金

Yes はい

No いいえ

From other compulsory accident-type insurance? その他の労災型強制保険

Yes はい

No いいえ

From military insurance? 軍隊保険

Yes はい

No いいえ

If so, name and address of insurer (or competent agency)?

「はい」の場合、保険者（またはその地域事務所）の名称及び住所

Reference (e.g. accident insurance or social security number)

参考（例 労災保険または社会保障番号）

5.7 By which health insurance company are you insured (basic cover)?

現在の医療保険会社に参加していますか。（基本保障）

5.8 By which 2nd pillar occupational benefit plans were you insured at the time your invalidity occurred or of which occupational benefit institution were you at last a member?

障害が発生した時点において、第二の柱である企業年金に加入していましたか、若しくは最後に加入していた企業年金はどこですか。

Name and address of pension fund

企業年金の名称および住所

5.9 Which authorities or institutions have provided you with assistance to date?

これまで援助を受けたことがある官庁または機関はどこですか。

Name and Type of institutions (careers advisory services, employment services, public or private social services, national accident office, military cover, sickness or accident insurance, retirement funds, etc.)

機関の名称及び種類（職業助言サービス、雇用サービス、公的・民間社会福祉団体、国立災害機関、軍事補償、疾病・災害保険、退職基金など）。

When?

時期を記入して下さい。

month and year 月、年

6. Method of Payment 支払い方法

Name of the bank _____
銀行名

Name of branch bank office _____
銀行支店名

Address of the bank (street and number) _____
銀行住所（通り及び番地）

Postal code _____ Town _____ Prefecture _____ Country _____
郵便番号 市区町村 都道府県 国

Bank code (SWIFT/BIC/IBAN) _____
銀行コード(SWIFT/BIC/IBAN) If you wish payments of your benefits are transferred to your bank account in Japan, please write SWIFT/BIC code of the Bank. 日本の銀行口座への振り込みを希望する場合には、銀行の SWIFT/BIC コードを記入してください。

Bank account number : _____
銀行口座番号

7. Details of training, occupation and work until today 現在までに経験した訓練、職業、仕事に関する詳細

7.1 School attended (expect for vocational training schools which must be listed under 7.2)
在籍した学校（7.2 項に記載すべき職業訓練校を除く）

7.2 Occupation learnt
職業経験

Type of vocational training, (study, apprenticeship, accelerated on the-job training) 職業訓練の種類（研究、徒弟訓練、上級実地訓練など）	Name and address of school or apprenticeship master 学校または実習訓練の指導者の名前および住所	Periods from 期間 自	To 至	Qualification (proficiency certificate, diploma etc.) 資格（技能証明書、免状など）
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	----------------------	---------	-------------------------------------------------------------------------

7.3 Persons in gainful employment
賃金労働従事者

(The following information has to be provided for the 3 years immediately preceding lodgement of the application. Self-employed persons have to indicate "independent" (self-employed) under "employers". Those who are both self-employed and employed have to indicate their respective gross incomes separately)
(本申請書提出直前の3年間について、下記に示す情報を記述して下さい。自営業者の場合、「employers (雇用主)」の下に「independent (自営業者)」と記入します。自営業者と被雇用者の両方に該当する場合、それぞれの総所得を分けて記入して下さい。)

Main activity (list sideline activities under 7.5)
主な業務(7.5 項で副業について記述して下さい。)

Type 職種	Employer's Name and address 雇用主の名前・住所	Periods from 期間 自	To 至	Gross income CHF. (Hour week, month) 総収入 CHF スイスフラン(週、月勤務時間あたり)
------------	------------------------------------------	----------------------	---------	-----------------------------------------------------------------------

7.4 Persons without gainful employment
非賃金労働従事者

(The following information has to be provided for the 3 years immediately preceding lodgement of the application)
(本申請書提出直前の3年間について、次の情報を記述して下さい。)

Main Activity (list sideline activities under 7.5)
主な業務(7.5 項で副業について記述して下さい。)

Type 職種	Periods from 期間 自	To 至
------------	----------------------	---------

7.5 Sideline Activities

副業 Type 職種	Employer's Name and address 雇用主の名前・住所	Periods from 期間 自	To 至	Gross income CHF. (Hour week, month) 総収入 CHF (週、月勤務時間あたり)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

7.6 Occupational invalidity due to sickness or accident 疾病または事故による職業上の障害

Duration of the total invalidity 就業能力がない期間

Full 完全 Periods from 期間 自	to 至	Name and address of sickness or accident office 疾病・労災当局の名称・住所
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Partial 一部

Hours a day 1日あたりの時間数	Hours a week 週あたりの時間数	Periods from 期間 自	To 至	Name and address of unemployment office (if unemployment benefits have been paid) (もし失業給付の支給を受けたことがあれば)職業安定所の名称および住所
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

7.7 Periods of Unemployment 失業期間

Total (where employment contract is terminated) 完全失業 (雇用契約が終了している場合)

Full 完全 Periods from 期間 自	to 至	Name and address of unemployment office (if unemployment benefits have been paid) (もし失業給付の支給を受けたことがあれば)職業安定所の名称および住所
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Partial (where employment contract still exists)

部分失業(雇用契約がまだ継続している場合)

Hours a day 1日あたりの 時間数	Hours a week 1週あたりの時 間数	Days a week 1週あたりの 日数	Days a month 1月あたりの日 数	Periods from 期間 自	To 至	Name and address of unemployment office (if unemployment benefits have been paid) (もし失業給付の支給を受けたことがあれば)職業安定所の名 称および住所
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

8 Details of Health Problems

健康問題についての詳細

- 8.1 Was the problem caused by a 健康問題の原因
- congenital disorder 先天性疾患
 illness 疾病
 accident 事故

- 8.2 Details concerning the type of problem _____
健康問題の種類に関する詳細
- 8.3 Since when have you had this problem? _____
健康問題が発生した時期
- 8.4 Was the problem entirely or partly caused by a third person? Yes はい No いいえ
健康問題は全面的、または部分的に第三者により引き起こされたものですか。
- 8.5 Who has given you medical treatment? (underline name of GP) _____
治療実施者(一般開業医の名前を明示)

Most recently

直近の治療

Name and address of doctor or hospital
医師または病院の名称および住所

From when to when?
(month and year)
期間(月、年)

For what conditions?
症状

Prior to this

上記以前に受けた治療

Name and address of doctor or hospital
医師または病院の名称および住所

From when to when?
(month and year)
期間(月、年)

For what conditions?
症状

- 8.6 Do you already have any invalidity aids (prosthesis, wheelchair, etc)? Yes はい No いいえ
障害を補助する器具(義肢、車椅子など)を既に利用していますか。

If so what _____

はいの場合、それは何ですか。

Since when? _____

いつから利用していますか。

- 8.7 Which benefits are you applying for?
(Indicate the benefits applied for)
申請する給付は何ですか(申請する給付を明示して下さい。)

- Careers counselling 職業相談
- Redeployment in a new occupation 新たな職業に再配置
- Retraining in the same occupation 同職業における再訓練
- Placement 就職あっせん
- Aids 補助用具
- In case of aids: indicate the preferred supplier 補助用具の場合: 優先サプライヤーを記載
- Special medical rehabilitation 特別医学的リハビリテーション
- Pension (not normally granted unless rehabilitation is out of question)
年金(リハビリが不可能でない限り、通常は給付されない)

9. Additional Information 補足情報

Note 追記

Disabled close relatives

障害のある近親者

If the disabled spouse or disabled children are applying for invalidity benefits, they must each complete a form.

障害のある配偶者または子どもが障害年金を申請している場合、それらの者が各自申請書を記入しなくてはなりません。

Authorisation

権限付与

By signing this form, the Insured and his/her representative authorises all relevant persons and offices, particularly doctors, paramedical staff, hospitals, health funds, employers, lawyers, trustees, public and private insurance funds, public agencies and private welfare institutions to provide the age, survivors and invalidity pension fund agencies with the necessary **information and documents** for them to investigate the validity of the benefit application, as well as information relating to the pension fund's right to take action against liable third parties from whom the Insured may claim damages and interest for the loss or injury suffered.

本申請書に署名することにより、被保険者およびその代理人は、すべての関連する人物および組織が、老齢年金、遺族年金、障害年金の支給機関に対し、それらの機関が給付申請の有効性について調査するために必要な情報、ならびに被保険者が被った損失または傷害に対する賠償および利息の請求相手として責任を有する第三者に対して訴訟を起こせるという年金機関の権利に関する情報を提供する権限を付与することになる。関連する人物および組織には、医師、救急医療隊員、病院、保険基金、雇用主、弁護士、管財人、公的及び民間の保険基金、公的機関、民間福祉機関が含まれる。

The undersigned declares that he/she has answered all the questions truthfully and in full

署名者はすべての質問に真正かつ完全に回答したことをここに言明します。

Date and place

日付および場所

Signature of the applicant or of his/her legal representative

申請者の署名またはその法的代理人

Address of the representative if the insured person does not sign in person

被保険者が自署していない場合、被保険者の代理人の住所を記入すること。

The competent Swiss invalidity office responsible for handling the application, certifies that the information given under points 1 to 4.1 of the present form have been verified by means of valid documentary evidence.

当該申請書を担当するスイス障害局は、本申請用紙の1項から4.1項に記載した情報が有効な書証によって立証されていることを証します。

Date and place 日付および場所

Signature and stamp of the competent invalidity office

署名および障害局のスタンプ

Documents to be attached to application:**申請書と併せて提出すべき書類**

- all OASI certificates in your possession 保有するすべての OASI 証明書
- OASI stamp books in your possession 保有するすべての OASI 手帳
- copies of Swiss residence confirmations スイス居住確認書の写し（滞在許可証の写し）
- Swiss work certificates スイス就労証明書
- Salary certificates スイスでの給与証明

Should these documents be missing, the insurance period in Switzerland will be determined based on the available information. これらの書類が添付されない場合、スイス保険期間はスイスが保有する情報に基づいて決定されます。

- Certificate of Diagnosis under Japanese pension schemes 日本年金制度における診断書

Copies of the official documents if necessary and available confirming:**必要且つ確認可能であれば、下記の公文書の写しを添付してください。**

- the civil status of the insured person's 被保険者の婚姻状態
- the nationality of the insured person 被保険者の国籍
- the date of birth of all persons mentioned in the application 申請書に記載した全員の生年月日に関するもの
- the date of death of all deceased persons mentioned in the application 申請書に記載した全員の死亡年月日に関するもの
- the divorce date of all divorced persons mentioned in the application 申請書に記載した離婚相手全員との離婚日
- the residence address of the insured person 被保険者の居住地住所
- the official status documents for fostered or adopted children 里子または養子の身分に関する公文書

For Japanese, the above-mentioned documents are equivalents to 日本人の方の場合に、対応する文書は以下のとおりです。

- a certified copy of family register 戸籍謄(抄)本
- a resident certificate 住民票

To be attached if available: training certificates, credentials of educational establishments and employers, copy of divorce or separation decrees or of divorce certificates, life certificates, death certificate, certificates of guardianship authority, etc
可能であれば添付する書類：訓練証明書、教育機関および雇用主による陳述書、離婚・別居命令書または離婚証明書の写し、生存証明書、死亡証明書、後見権限証明書など。