

社会保障に関する日本国とスイス連邦との間の協定

AGREEMENT BETWEEN JAPAN AND THE SWISS CONFEDERATION ON SOCIAL SECURITY

保険期間確認請求書
Claim for Verifying Periods of Coverage

※この請求書は、スイスの実施機関の窓口提出用です。
This claim form is only for submission to competent institution of Switzerland.

日本の照会番号
Japanese reference number

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

CH/JP4 スイス→日

スイス実施機関記入欄
Used by the competent institution of Switzerland

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

日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号
Japanese Basic Pension Number or Number on Pension Handbook

スイスにおける社会保障番号
Social Security Number in Switzerland

Reason for the claim / 請求書作成事由

☐ Japanese periods of coverage were found upon filing a claim for Swiss benefit. (Article 13 of the Agreement) I authorize the Japanese competent institution to furnish them to the competent institution of Switzerland. スイスの年金申請時に相手国期間が判明したことによる。(協定第13条) 日本の実施機関がスイスの実施機関へ当該情報を提供することに同意します。

☐ Other than above (Specify) / 上記以外の場合 (使用する目的を下記に記入してください。)

1. Insured Person / 被保険者に関する情報

①Last name 氏	in Roman letters/ローマ字			②First name 名	in Roman letters/ローマ字		
	in Katakana letters/カタカナ		in Kanji letters/漢字		in Katakana letters/カタカナ		in Kanji letters/漢字
③Date of Birth 生年月日	年/Y	月/M	日/D	④Sex 性別	<input type="checkbox"/> Male / 男 <input type="checkbox"/> Female / 女	⑤Telephone number including country and area code 電話番号 (国番号、エリアコードを含む)	
⑥Address 住所	in Roman letters / ローマ字						
	in Katakana letters / カタカナ						

2. Claimant / 申請者に関する情報

①Last name 氏	in Roman letters/ローマ字			②First name 名	in Roman letters/ローマ字		
	in Katakana letters /カタカナ		in Kanji letters /漢字		in Katakana letters /カタカナ		in Kanji letters /漢字
③ Date of Birth 生年月日	Y/年	M/月	D/日	④性別 Sex	<input type="checkbox"/> Male/男 <input type="checkbox"/> Female/女	⑤Telephone number including country and area code 電話番号 (国番号、エリアコードを含む)	
⑥Address 住所	in Roman letters / ローマ字					⑦Relationship to the deceased person 続柄	
	in Katakana letters / カタカナ						

3. Periods of coverage under the Japanese pension systems / 日本の保険加入期間に関する情報

Fill in the insured person's detailed history of coverage under the Japanese public pension systems as accurately as possible.

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。

[illegible]

(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。

$$(*)$$

- Fill in the number as follows: "1" for National Pension, "2" for Employees' Pension Insurance, "3" for Employees' Pension (Seamen's) Insurance and "4" for Mutual Aid Pension.
- For "4" for Mutual Aid Pension, please fill in the name of Mutual Aid Pension Association.
- Please fill in the deceased person's former name in this column, if the insured's former name is different from current name by marriage or other reason.

4. Declaration of Claimant / 署名

I declare that the information I have given in this form is true and complete. I authorize the competent institution of Switzerland to furnish to the Japanese competent institutions all information and documents which relate or could relate to this application for benefits.

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。私はスイスの実施機関が有する本給付申請に関わる又は関わる可能性の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。

Signature of Claimant

申請者の署名: