

# 社会保障に関する日本国とスイス連邦との間の協定

CH/JP 2 スイス→日

## AGREEMENT BETWEEN JAPAN AND THE SWISS CONFEDERATION ON SOCIAL SECURITY

国民年金・厚生年金保険裁定請求書(死亡を支給事由とする年金給付)  
(共済年金決定請求書兼用)

Claim for National Pension / Employees' Pension Insurance  
(For **Survivors Pension**)  
(Also for use for the Mutual Aid Pension)

日本の照会番号  
Japanese reference number

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 competent  
institution of Switzerland

※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.

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

死亡者の日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号  
Deceased person's Japanese Basic Pension Number or  
Number on Pension Handbook

死亡者のスイスにおける社会保障番号  
Deceased person's Social Security Number in Switzerland

### 1. 死亡者に関する情報 / Deceased person

①氏 Last name	ローマ字 / in Roman letters		②名 First name	ローマ字 / in Roman letters		
	カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters		カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters	
③性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 / Male <input type="checkbox"/> 女 / Female		④生年月日 Date of Birth	年 / Y	月 / M	日 / D

### 2. 申請者に関する情報 / Claimant

①氏 Last name	ローマ字 / in Roman letters		②名 First name	ローマ字 / in Roman letters		
	カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters		カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters	
③性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 / Male <input type="checkbox"/> 女 / Female		④生年月日 Date of Birth	年 / Y	月 / M	日 / D
⑤住所 Address	ローマ字 / in Roman letters					
	カタカナ / in Katakana letters					
⑥死亡者との続柄 / Relationship to the deceased person						
⑦申請者の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Claimant's Basic Pension Number or Number on Pension Handbook						
⑧申請者のスイスの社会保障番号 Claimant's Social Security Number of Switzerland						
⑨電話番号 (国番号、エリアコードを含む) Telephone number including country and area code						

3. 子に関する情報 / Deceased person's child(ren)

1	①氏 Last name	ローマ字 / in Roman letters ----- カタカナ/in Katakana letters    漢字/in Kanji letters	②名 First name	ローマ字 / in Roman letters ----- カタカナ/in Katakana letters    漢字/in Kanji letters
	③性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 / Male <input type="checkbox"/> 女 / Female	④生年月日 Date of Birth	年 / Y    月 / M    日 / D ----- -----
	⑤障害の状態にありますか / Child with disability		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No	
	⑥年収が850万円未満ですか Annual income under 8.5 million yen		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No	
2	①氏 Last name	ローマ字 / in Roman letters ----- カタカナ/in Katakana letters    漢字/in Kanji letters	②名 First name	ローマ字 / in Roman letters ----- カタカナ/in Katakana letters    漢字/in Kanji letters
	③性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 / Male <input type="checkbox"/> 女 / Female	④生年月日 Date of Birth	年 / Y    月 / M    日 / D ----- -----
	⑤障害の状態にありますか / Child with disability		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No	
	⑥年収が850万円未満ですか Annual income under 8.5 million yen		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No	

4. 支払金融機関に関する情報 / Nomination of a financial institution to which benefits will be sent

①銀行の名前 Name of Bank		③口座番号 Account Number	
②本店又は支店名 Head office or Name of branch office	<input type="checkbox"/> 本店 / Head office  <input type="checkbox"/> _____ 支店 branch	④銀行の住所 Address of Bank	ローマ字 / in Roman letters ----- カタカナ / in Katakana letters

5. 申請者が現在受給している日本の公的年金に関する情報 / Japanese public pension which the claimant is receiving

申請者は既に日本国の公的年金を受給していますか。 Is the claimant receiving a Japanese public pension or presently claiming one?		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No		
①制度名 Name of System		③支給を受けることとなった年月日 Date of Entitlement	年 / Y    月 / M    日 / D ----- -----	
②年金の種類 Type of Pension	<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金/Old Age <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金/Disability <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金/Survivors			
④年金コード又は年金証書の記号番号 Pension Code or Number on Pension Certificate				

6. 死亡者の日本の保険加入期間に関する情報 / Deceased person's history of Coverage under Japanese pension systems

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。

Fill in his/her detailed history of coverage under the Japanese public pension systems as accurately as possible

加入期間 (年/月/日) Periods of Coverage From Y/M/D To Y/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舶名 / Name of the workplace or ship owner in case he/she were a crew member on board a ship	事業所 (船舶所有者) の所在地又は国民年金加入時の住所 / Address of the workplace or ship owner, or his/her address when he/she was enrolled in the National Pension	加入していた年金制度等 (注) Pension system under which he/she was covered (*)
/ / 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。

(\*)

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

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 About the workplace of deceased person's latest employment under the Japanese pension systems	①名称 Name of the workplace	
②健康保険の被保険者証の記号番号 (わかずひば記入) Code-number on his/her Employees' Health Insurance Certificate (if available)		
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継続被保険者となったことがありますか。 Has he/she ever been a Type 4 Insured Person under the Employees' Pension Insurance or a Voluntary and Continuous Insured Person under the Seamen's Insurance?	<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No	
①被保険者の整理記号番号 Insured person's reference code-number		
②保険料を納めた期間 Periods during which the insurance contributions were paid	自 / From	年 / Y      月 / M      日 / D
	至 / To	
③保険料を納めた年金事務所名 (社会保険事務所名) Name of the Branch Office of the Japan Pension Service (the Social Insurance Office) to which the Insurance contributions were paid		

7. 死亡を支給事由とする年金に関する情報 / Information for a claim for Survivors benefits

①死亡年月日 / Date of Death				年 / Y	月 / M	日 / D
②死亡の原因である疾病又は負傷の名称 Name of disease/injury which caused the death						
③疾病又は負傷の発生した日 Date of onset of the disease/injury		年/Y	月/M	日/D	④疾病又は負傷の初診日 Date of the first medical examination	
					年 / Y	月 / M 日 / D
⑤死亡の原因である疾病又は負傷の発生原因 Cause of disease/injury which caused the death						
⑥死亡の原因は第三者行為によりますか? Was the death caused by a third party?		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No		⑦申請を行うものは死亡者の相続人になりますか? Is the claimant a legal heir of the deceased person?		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No
⑧死亡した人は次の年金制度の被保険者、組合員又は加入者となつたことがありますか。あるときは番号を○で囲んでください。 Had the deceased person ever enrolled in any of the public pension system? If yes, circle the number of applicable systems below.						<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No
1. 国民年金法 / National Pension Law 2. 厚生年金保険法 / Employees' Pension Insurance Law 3. 船員保険法 (1986年4月以後を除く) / Seamen's Insurance Law (only before April 1986) 4. 国家公務員共済組合法 / Law Concerning Mutual Aid Association for National Public Officials 5. 地方公務員等共済組合法 / Law Concerning Mutual Aid Association for Local Public Officials 6. 私立学校教職員共済法 / Law Concerning Mutual Aid Association for Private School Personnel 7. 旧市町村職員共済組合法 / Law Concerning Mutual Aid Association for Officials of Municipalities 8. 地方公務員の退職年金に関する条例 / Local Government Ordinance Concerning Retirement Pension for Local Public Officials 9. 恩給法 / Law Concerning Public Servants' pension 10. その他 / Others ( )						
⑨死亡者は⑧の年金制度の年金を受給していましたか。受けていたときは、下欄に記入してください。 Was the deceased person receiving a pension from a pension system listed in ⑧ above? If yes, please fill in below.						<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No
制度名 Name of Pension System						
年金コードまたは年金証書の記号番号 Pension Code or Number on Pension Certificate						

8. 代表者選任に関する情報 / Nomination of the representative in case of more than one eligible claimant

請求代表者の氏名 Name of the representative	ローマ字 / in Roman letters	請求代表者の 生年月日 Representative's Date of Birth	年 / Y	月 / M	日 / D
	カタカナ / in Katakana letters				
請求代表者の住所 Address of the representative			請求代表者の元受給者との続柄 Representative's relationship to the deceased person		

上記の者を請求代理人とします。  
We nominate the above-mentioned person our representative.

氏名 Name	ローマ字 / in Roman letters	生年月日 Date of Birth	年 / Y	月 / M	日 / D
	カタカナ / in Katakana letters				
住所 Address			元受給者との続柄 Relationship to the deceased person		
氏名 Name	ローマ字 / in Roman letters	生年月日 Date of Birth	年 / Y	月 / M	日 / D
	カタカナ / in Katakana letters				
住所 Address			元受給者との続柄 Relationship to the deceased person		
氏名 Name	ローマ字 / in Roman letters	生年月日 Date of Birth	年 / Y	月 / M	日 / D
	カタカナ / in Katakana letters				
住所 Address			元受給者との続柄 Relationship to the deceased person		
氏名 Name	ローマ字 / in Roman letters	生年月日 Date of Birth	年 / Y	月 / M	日 / D
	カタカナ / in Katakana letters				
住所 Address			元受給者との続柄 Relationship to the deceased person		
氏名 Name	ローマ字 / in Roman letters	生年月日 Date of Birth	年 / Y	月 / M	日 / D
	カタカナ / in Katakana letters				
住所 Address			元受給者との続柄 Relationship to the deceased person		

同順位者記入欄  
List of claimants

9. 署名 / Declaration of Claimant

私は私の に関する について、本申請書に記された は 正かつ であることを します。私はスイスの 関が有する本給 申請に関わる又は関 性のある 及び 書を同 関が日本の 関に することを めます。

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.

申請者の署名

Signature of Claimant: \_\_\_\_\_

あなたが請求書に記入した内容を確認できる書類が必要となります。

次の表をご確認のうえ、指定された書類を請求書に添付して提出してください。請求書の記入内容と添付書類が一致しない場合は、こちらから照会させていただくこととなり、年金の支給を決定するまでに時間がかかることとなります。

該当する方		添付しなくてはならない書類	自己 チェック欄
請求者全員		<ul style="list-style-type: none"> <li>請求者及び死亡した方の日本の年金手帳、基礎年金番号通知書または被保険者証</li> <li>添付することができないときは、その理由を記載した文書</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>死亡した方と請求者の生年月日、並びに請求者と死亡した方との身分関係を明らかにすることができる日本の戸（除）籍謄本<sup>(注1)</sup>または領事館が証明する書類</li> <li>日本国籍でない方は、国籍を保有する国における、生年月日および死亡した方との身分関係を証明する公的な書類（出生証明書及び婚姻証明書等）</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>請求する方が死亡した方によって生計を維持されていたことを確認できる書類（世帯全員の住民票の写しやソーシャルワーカー等の第三者による証明など）</li> <li>死亡した方と請求する方の住所が異なるときは、その理由書</li> <li>※ 事実上婚姻関係にある場合は、同一の住居に居住していることを証明する書類や、生活費など経済的な援助を行っていることを証明する書類を添付してください。</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		死亡した年の前年または前々年の、請求者の収入または所得を確認できる所得証明書、課税証明書、確定申告書または源泉徴収票のいずれか（子及び孫 <sup>(注2)</sup> については在学証明書等でも可） ※ 請求者の収入が、死亡年月日からおおむね5年以内に850万円（所得655.5万円）未満となることが見込まれる方は、その状況を証明できる書類（例えば、退職年齢を明らかにすることができる勤務先の就業規則など）を添付してください。	<input type="checkbox"/>
		死亡診断書または死体検案書若しくは検視調書に記載された事項の市町村長の証明書、またはそれらに相当する書類 1) 失踪宣告によって死亡したとみなされた方にかかる裁定請求については、失踪宣告を受けたことを明らかにすることができる書類 2) 死亡した方が船舶または航空機に乗っていて行方不明となっているときは行方不明となっている事実を、死亡の事実がわかっている死亡日がわからないときは死亡した事実をそれぞれ明らかにすることができる書類	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		死亡した方の死亡の原因が業務上、公務上または通勤による場合であって、請求する方が、 <b>他の制度</b> から遺族補償給付を受けることができるときは、その年金証書の写し等のその事実を確認できる書類	<input type="checkbox"/>
		請求書中「4. 支払金融機関に関する情報」欄に記入した口座の情報を証明する書類	<input type="checkbox"/>
項目に該当する方 死亡した方が右のそれぞれの	日本国籍であった方	死亡した方が海外に居住していた期間を証明する書類で次のいずれか。 <ul style="list-style-type: none"> <li>パスポートのコピー（出入国の履歴、VISA等の情報がわかるページすべて）</li> <li>除かれた戸籍の附票</li> <li>海外での居住期間を証明する日本領事館作成の在留証明書</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	日本の年金受給者であった方	<ul style="list-style-type: none"> <li>受給していたすべての日本年金または恩給の証書</li> <li>※ 既に提出している場合は年金証書等の書類の写しを添付してください。</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>海外在住年金受給権者の届出事項連絡票（年金受給権者死亡の届出）</li> <li>未支給年金保険給付請求書（該当する年金の保険者から入手願います）</li> <li>※ 死亡の届出及び未支給年金保険給付請求書を既に提出している場合は不要です。</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

注1 戸籍謄本や住民票、またはそれに代わる書類については、原則、受給権が発生した後に交付されたもので、請求書を提出する6ヶ月以内に交付されたものを添付してください。

注2. 子または孫に20歳未満で障害があるときは、子または孫の障害状態を確認させていただく必要がございますので、こちらから提出が必要な書類を送付いたします。

You must provide documents which support your statement in this claim form. **If you fail to attach any of the supporting documents, we cannot carry forward benefit entitlement procedure until you submit all of them to us.**

Please note that some of the supporting documents in the following table are designed for non-Japanese. So, for Japanese citizen, please check your necessary supporting documents in the table written in Japanese.

As for	Necessary supporting documents	Self-check
Any claimants	<p>The deceased person's as well as your original Pension Handbook, a notice of Basic Pension Number or a certificate of coverage under the Japanese pension schemes. A statement of the reason, in case any of these documents cannot be submitted.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<p>A certificate of your and the deceased's birth date<sup>*1</sup> And a proof of your relationship to the deceased, such as a marriage certificate issued by a public office in your mother country.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<p>A proof of that you were dependant on the deceased's income and lived with the deceased in the same household. (for instance, a proof issued by a third party such as a social worker, or a proof of legal status of their residence) A statement of the reason, in case they lived in a separate residence.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<p>A certificate of the claimant's income, earnings, or taxation within the two fiscal years before the year of the death. A document to prove that your annual income not to be expected to exceed 8.5 million yen within the five years since the date of the death. (for instance, a copy of company regulation concerning retirement age at workplace of the claimant). A certificate of student registration can be acceptable, in case child(ren) or grandchild(ren)<sup>*2</sup> is a qualified claimant.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<p>A death certificate 1) A document to prove the date the deceased has been declared legally dead due to disappearance. 2) A document to prove the fact the deceased is missing (or was dead); in case the deceased has been missing (or died but the date of death is unknown) while on board a plane or a ship.</p>	<input type="checkbox"/>
	<p>A photocopy of certificate (or a payment notice) of survivor's compensation benefits, in case you are eligible for any of the benefits provided by other benefit schemes due to the death caused on the job or during the daily commute for business purposes.</p>	<input type="checkbox"/>
	<p>A proof of your bank account to support the section 4 'nomination of a financial institution to which benefits will be sent' in the claim form.</p>	<input type="checkbox"/>
The deceased was a beneficiary under Japanese pension schemes	<p>Original pension certificate(s) If the original certificate(s) have already been submitted, please attach a photocopy of them.</p>	<input type="checkbox"/>
	<p>A Report/Request from Beneficiaries Residing Abroad to report the beneficiary's death A claim for Mishikyū Nenkin (which means the amount of pension benefits have not been paid to the deceased) Kindly ask the competent institution(s), which made payment to the deceased, to provide information and a blank claim form (written in only Japanese). No need to attach the report and/or the claim, if these have already been submitted.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

1. Official documents to be attached to the claim should be issued within 6 months since the claimant may be eligible for the survivors' pension.

2. In case any applicable child(ren) with disability and/or grandchild(ren) with disability is under 20 years old, a necessary form designed for review their diagnosis will be sent to the claimant.