

Guide for Claim for National Pension / Employees' Pension Insurance / Mutual Aid Pension 【国民年金・厚生年金保険裁定請求書 記入要領】

Claim for Survivors Pension 死亡を支給事由とする年金給付

You can find the deceased person's Japanese Basic Pension Number or Number on Pension Handbook on his/her Notice of Basic Pension Number or on his/her Pension Handbook.

日本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 and ②: Please capitalize in Roman letters. (Same for the rest of this form)
-- Also, you may fill them in "in Katakana letters", if they are available. (Same for the rest of this form)

- ①及び②のローマ字は、大文字で記入してください。

- ①及び②の「カタカナ」欄には、カタカナ及び漢字氏名を記入してください。

Please fill in this claim form in Japanese or English.
当該申請書は、日本語、又は英語にて記入してください。

Please enter the four-digit year and two-digit month, such as "1955 12 15" for December 15, 1955. (Same for the rest of this form)

生年月日の年は、西暦4桁を記入してください。
(例: 1955年12月15日)

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		スイス実施機関記入欄 Used by the competent institution of Switzerland	
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	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	
2. 申請者に関する情報 / Claimant			
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			

If the deceased person has eligible child(ren), please fill in this section.
 If the claimant is the child and has sister(s) and/or brother(s), please enter them here.
 An eligible child is a child who, on March 31, is age 18 or younger, or is aged under 20 if he/she is disabled.

請求者に子(請求者が子の場合は他の兄弟姉妹)がいる時に記入してください。
 なお、子とは、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。

Please capitalize in Roman letters the bank name and branch name.
 銀行の名前及び支店名は、アルファベットの大きい文字で記入してください。

Please indicate whether the claimant is receiving or in the process of filing a claim for another Japanese public pension for old age, disability or death. (Refer to the list of applicable pension systems)
 If so, please enter the name of the public pension system, type of pension benefit, date of entitlement, Pension Code or Number on Pension Certificate.
 If the claimant is receiving one of the Mutual Aid pensions, please enter the name of the Mutual Aid Association under "Name of system".

申請者が日本の公的年金制度等(一覧を参照のこと)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。
 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。

3. 子に関する情報 / Deceased person's child(ren)			
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/Katakana letters		漢字/in Kanji letters
1 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	
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/Katakana letters		漢字/in Kanji letters
2 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	④銀行の住所 Address of Bank	ローマ字 / in Roman letters	
<input type="checkbox"/> 本店 / Head office	<input type="checkbox"/> 支店 / branch	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			

Applicable public pension systems

- A. National Pension Law
- B. Employees' Pension Insurance Law
- C. Seamen's Insurance Law (Only before April 1986)
- D. Law concerning Mutual Aid Association for National Public Officials
(Including the Laws concerning the Implementation of Long Term Benefits enacted before April 1986)
- E. Law concerning Mutual Aid Association for Local Public Officials
(Including the Laws concerning the Implementation of Long Term Benefits enacted before April 1986)
- F. Law concerning Mutual Aid for Private School Personnel
- G. Law concerning Mutual Aid Association for Agricultural, Forestry and Fishery Institutions' Employees
- H. Law concerning Public Servants' Pension
- I. Local Government Ordinance concerning Retirement Pension for Local Public Officials
- J. Law concerning Mutual Aid Association for Miners at Government-owned YAWATA Works of Nippon Steel Co.
- K. Supplementary Provision Article No. 13 of the District Court Special Officials Law
- L. Law concerning Special Measures for Former MAAs' Beneficiaries
- M. Law for Relief of War Victims and Survivors

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

If you are not sure of the specific dates, enter as much information as you know, such as month or season, e.g. summer of year 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ます。

- Please enter the deceased person's history of coverage under the public pension systems in chronological order from the oldest/first coverage to the most recent one.

- If the deceased person's address changed during the time he/she was covered by the National Pension, please specify the old address and the term of residence.

- If there was any change in the name or address of the deceased person's workplace or if he/she was transferred between branch offices while he/she was covered under the Employees' Pension Insurance and such, please enter the individual workplace's name, address, period of coverage and name of pension system respectively.

- 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ます。
 - 国民年金の加入期間中に住所を変更したときは、住所やおおよび住んでいた期間が分かるように記入します。
 - 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ます。

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 (わかれば記入) 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、船員保険の年任意継続被保険者となつ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		年 / Y 月 / M 日 / D 自 / From _____ 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		

Please enter the corresponding number to each system, which is provided at the bottom of section 6.
欄外の該当する年金制度の番号を記入します。

Please enter the address. You must at least provide the name of the county, city or ward, if you do not know the details.
Some employees who are actually working in the Osaka branch office of a company may have been enrolled in the Employees' Pension Insurance (EPI) at the Branch Office of Japan Pension Service (Social Insurance Office) in Tokyo where the workplace's headquarters is located. If this was applicable to the deceased person, enter the address of the workplace where he/she was enrolled in the EPI.
Please do the same for workplaces of a Mutual Aid Association.

詳しくわからないときでも、市区区名までは記入します。
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ます。

Please enter the Official name of the workplace which was reported to the Branch of Japan Pension Service (Social Insurance Office) during the time he/she was covered.
As for workplaces, enter the specific name of the branch offices or factories as well, such as Tokyo branch office of corporation A.
Please do the same for workplaces of a Mutual Aid Association.
If available, enter the Japanese name.

被用者年金制度に加入していたときに年金事務所 (社会保険事務所) に届出された正式な名称を記入します。
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ます。
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ます。

From ① through ⑤: Please refer to the document providing the date of death such as the deceased person's postmortem certificate.

7. ①から7. ⑤については、死亡診断書等で確認して記入します。

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	
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		年/Y		月/M		日/D			
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っ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.									
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.									
制度名 Name of Pension System		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No							
年金コードまたは年金証書の記号番号 Pension Code or Number on Pension Certificate									

4/5

In signing, you attest to the truth of the information given in the application. You also authorize the competent institution of Switzerland to provide to the Japanese competent institutions information which may affect your entitlement to the Japanese benefits for which you are applying.

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。あなたはスイスの実施機関に対し、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る情報を日本の実施機関に提供する権限を与えます。

Please complete section 8 if there are persons whose priority is the same order.

8. 同順位の方がいる場合に、記入します。

cf. priority order

- (1) The deceased person's wife
- (2) The deceased person's child(ren) under age 18
* (20 if with a certain grade of disability specified by law)
- (3) The deceased person's husband aged 55 or older
- (4) The deceased person's father or mother aged 55 or older
- (5) The deceased person's grandchild(ren) under age 18
* (20 if with a certain grade of disability specified by law)
- (6) The deceased person's grandfather or grandmother aged 55 or older
* The benefit is paid until the first March 31 since his/her 18th birthday.

(参考) 順位

1. 配偶者
2. 18歳未満の子
3. 55歳以上の夫
4. 55歳以上の父母
5. 18未満の孫
6. 55歳以上の祖父母

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 カタカナ / in Katakana letters	請求代表者の生年月日 Representative's Date of Birth	年 / Y	月 / M	日 / D
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 カタカナ / in Katakana letters	生年月日 Date of Birth	年 / Y	月 / M	日 / D
住所 Address	元受給者との続柄 Relationship to the deceased person				

9. 署名 / Declaration of Claimant

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申請に関わる又は関与する可能性のある情報及び文書を何機関が日本の実施機関に提供することを認めます。
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: _____

5/5