

※この用紙は記載内容を仮訳したものです。提出用の様式ではありません。  
 (回答は送付された様式(英語)を用いて下さい。)



**NISSE (全国自営業者社会保険機構) – PEN**  
**Quai de Willebroeck 35 – 1000 Brussels**

**質問票**

この文書に記入し、日付を記し、署名のうえ上記住所宛てにご返送ください。

**1. ベルギーでの職歴**

自営業者の手伝い人として  手伝い人の身元情報を提供してください	自 ..... 至 ..... 自 ..... 至 ..... 姓名及び生年月日: ..... ..... 職業: ..... 勤務地: ..... 関係: .....
自営業者として	自 ..... 至 ..... 自 ..... 至 ..... 自 ..... 至 .....
被用者として	自 ..... 至 ..... 自 ..... 至 ..... 自 ..... 至 .....
公務員として	自 ..... 至 ..... 機関の名称: ..... 機関での官職: ..... <input type="checkbox"/> 法定 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> 契約上</span> 自 ..... 至 ..... 機関の名称: ..... 機関での官職: ..... <input type="checkbox"/> 法定 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> 契約上</span>
年金を受け取ることができる代議士として	自 ..... 至 ..... 自 ..... 至 ..... この責務の種類 及びこの責務が遂行される場所: ..... .....

**※この用紙は記載内容を仮訳したものです。提出用の様式ではありません。  
 (回答は送付された様式(英語)を用いて下さい。)**

**2. 海外での職歴**

ベルギー以外の国で就労していますか。またはベルギー以外の国で保険に加入していますか。

- はい => 下表に記入してください。                       いいえ

日付	勤務地(国名)	職業(被用者、自 営業者、公務員)	保険機関の名称及び住所	登録番号	居住国
自 .....	.....	.....	.....	.....	.....
至 .....	.....	.....	.....	.....	.....
自 .....	.....	.....	.....	.....	.....
至 .....	.....	.....	.....	.....	.....
自 .....	.....	.....	.....	.....	.....
至 .....	.....	.....	.....	.....	.....

あなたは、一若しくは複数の EU 加盟国又はベルギーが社会保障に関して二国間協定を締結している一若しくは複数の国が支給する年金の受給権に関する調査を行うために必要な措置を全国自営業者社会保障機構が講じることを希望しますか。

- はい                                       いいえ                                       すでに依頼を提出しています。

**3. 就学期間に関する情報**

20 回目の誕生日を迎えた年の 1 月 1 日以降就学を継続しましたか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい => 取得した資格の写し又は修了証書を本様式とともに提供してください。
--------------------------------------	---

**4. 兵役に関する情報**

兵役に服しましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 自 ..... 至 .....
-----------	--

**5. 配偶者に関する情報**

あなたの配偶者は、ベルギー別の制度又は他国の制度より支給される年金をすでに受給していましたか。(全国年金庁、省、半官半民組織、地方議会、市議会、SNCB/NMBS(ベルギー国鉄)等)

- いいえ
- はい    自 .....
- 年金支給機関の名称  
 .....
- ライセンスナンバー(わかる場合)  
 .....

**※この用紙は記載内容を仮訳したものです。提出用の様式ではありません。  
 (回答は送付された様式(英語)を用いて下さい。)**

**6. 死亡した配偶者及び/又は元配偶者に関する情報**

一人若しくは複数の配偶者の寡夫である場合、又は一人若しくは複数の配偶者と離婚した場合、下表に記入してください。

	一人目の配偶者	二人目の配偶者	三人目の配偶者
<b>婚姻関係</b>			
姓	.....	.....	.....
名	.....	.....	.....
生年月日:	.....	.....	.....
婚姻日	.....	.....	.....
離婚日	.....	.....	.....
死亡日	.....	.....	.....
<b>ベルギーでの職歴</b>			
自営業者の手 伝い人として	自 ..... 至 ..... 自 ..... 至 ..... 姓名及び生年月日: ..... 職業: ..... 勤務地: ..... 関係: .....	自 ..... 至 ..... 自 ..... 至 ..... 姓名及び生年月日: ..... 職業: ..... 勤務地: ..... 関係: .....	自 ..... 至 ..... 自 ..... 至 ..... 姓名及び生年月日: ..... 職業: ..... 勤務地: ..... 関係: .....
手伝い人の身元 情報を提供して ください。	.....	.....	.....
自営業者として	自 ..... 至 ..... 自 ..... 至 ..... 自 ..... 至 .....	自 ..... 至 ..... 自 ..... 至 ..... 自 ..... 至 .....	自 ..... 至 ..... 自 ..... 至 ..... 自 ..... 至 .....
被用者として	自 ..... 至 ..... 自 ..... 至 ..... 自 ..... 至 .....	自 ..... 至 ..... 自 ..... 至 ..... 自 ..... 至 .....	自 ..... 至 ..... 自 ..... 至 ..... 自 ..... 至 .....
公務員として	自 ..... 至 ..... 機関の名称: ..... 機関での官職: ..... <input type="checkbox"/> 法定 <input type="checkbox"/> 契約上 自 ..... 至 ..... 機関の名称: ..... 機関での官職: ..... <input type="checkbox"/> 法定 <input type="checkbox"/> 契約上	自 ..... 至 ..... 機関の名称: ..... 機関での官職: ..... <input type="checkbox"/> 法定 <input type="checkbox"/> 契約上 自 ..... 至 ..... 機関の名称: ..... 機関での官職: ..... <input type="checkbox"/> 法定 <input type="checkbox"/> 契約上	自 ..... 至 ..... 機関の名称: ..... 機関での官職: ..... <input type="checkbox"/> 法定 <input type="checkbox"/> 契約上 自 ..... 至 ..... 機関の名称: ..... 機関での官職: ..... <input type="checkbox"/> 法定 <input type="checkbox"/> 契約上
年金を受け取る ことができる代 議士として	自 ..... 至 ..... 自 ..... 至 ..... 責務の種類、この責務が遂行 される場所: ..... .....	自 ..... 至 ..... 自 ..... 至 ..... 責務の種類、この責務が遂行 される場所: ..... .....	自 ..... 至 ..... 自 ..... 至 ..... 責務の種類、この責務が遂行 される場所: ..... .....

※この用紙は記載内容を仮訳したものです。提出用の様式ではありません。  
 (回答は送付された様式(英語)を用いて下さい。)

海外での職歴			
国名 日付 職業(被用者、自 営業者、公務員) 保険機関の名称 及び住所 登録番号 居住国	..... 自 ..... 至 ..... ..... ..... ..... .....	..... 自 ..... 至 ..... ..... ..... ..... .....	..... 自 ..... 至 ..... ..... ..... ..... .....
国名 日付 職業(被用者、自 営業者、公務員) 保険機関の名称 及び住所 登録番号 居住国	..... 自 ..... 至 ..... ..... ..... ..... .....	..... 自 ..... 至 ..... ..... ..... ..... .....	..... 自 ..... 至 ..... ..... ..... ..... .....
国名 日付 職業(被用者、自 営業者、公務員) 保険機関の名称 及び住所 登録番号 居住国	..... 自 ..... 至 ..... ..... ..... ..... .....	..... 自 ..... 至 ..... ..... ..... ..... .....	..... 自 ..... 至 ..... ..... ..... ..... .....
兵役			
兵役に服しまし たか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 自 ..... 至 .....	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 自 ..... 至 .....	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 自 ..... 至 .....

**※この用紙は記載内容を仮訳したものです。提出用の様式ではありません。  
(回答は送付された様式(英語)を用いて下さい。)**

**7. 宣言文**

私は、本フォームの全ての質問に対する回答が真正で正確かつ完全であることを私の名誉にかけてここに宣言します。

私は、提供された全ての情報を事業主、全行政機関、及び社会保障法の適用に責任を負う全機関が確認できることを認識しています。

私は、次の項目に変更があった場合には、速やかに **NISSE** に直接通知することに同意します。

- 婚姻関係
- 配偶者の同居
- 仕事の継続、責務、官職の保有
- 疾病、障害、失業、休職又は労働時間の短縮を理由とするベルギー又はベルギー以外の国からの手当の受給
- 自営業者向け制度により支給される退職年金以外の収入の取得又は年金の受給

作成場所 ..... 日付 .....

署名