

भारत गणराज्य तथा जापान के मध्य सामाजिक सुरक्षा पर करारनामा

**AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY
BETWEEN THE REPUBLIC OF INDIA AND JAPAN**

社会保障に関する日本国とインド共和国との間の協定

मासिक पेंशन हेतु आवेदन

कर्मचारी पेंशन योजना, 1995

Application for monthly pension

Employees' Pension Scheme, 1995

1995 年被用者年金制度

月次の年金申請書 (EPS 年金申請書-加入者本人及び遺族用)

(कृपया अनुदेश देखें / Please see the instructions / 記入要領をご覧ください。)

(फार्म 10-डी / Form 10-D / 様式 10-D)

日本/インドの実施機関による受付
日入りスタンプ/ भारत में सक्षम
संस्थान में प्राप्त तिथि का
मोहर / Date-stamp received at
the competent institution of
Japan / India

※अंग्रेजी में भरा जाना है (रोमन अक्षरों में) / To be filled in English (Roman letters). 英語又は日本語のローマ字表記で記入してください。)

1. पेंशन का दावा किसके द्वारा किया गया है ?

By whom the Pension is claimed?

年金請求者

अंतिम नाम Last name / 氏	रोमन अक्षरों में Roman letters रो-म-अ-अ /	कांजी अक्षरों में Kanji letters 漢字	काताकाना अक्षरों में Katakana letters カタカナ
/		/	

प्रथम नाम First name / 名	रोमन अक्षरों में Roman letters रो-म-अ-अ /	कांजी अक्षरों में Kanji letters 漢字	काताकाना अक्षरों में Katakana letters カタカナ
/		/	

2. दावा की गई पेंशन का प्रकार / Type of Pension claimed / 請求する年金の種類

- अधिवर्षिता पेंशन Superannuation Pension 老齡年金 घटी हुई पेंशन Reduced Pension 減額年金
- अशक्तता पेंशन Disablement Pension 障害年金 विधवा एवं बालक पेंशन Widow & Children Pension 寡婦・遺児年金
- अनाथ पेंशन Orphan Pension 孤兒年金 नामिती पेंशन Nominee Pension 被指名者年金
- आश्रित माता-पिता पेंशन Dependent Parent Pension 被扶養の父母年金

3. a) सदस्य का नाम (स्पष्ट अक्षरों में) / Member's name (In BLOCK LETTERS) / 加入者の氏名 (活字体で記入してください)

अंतिम नाम Last name / 氏	रोमन अक्षरों में Roman letters रो-म-अ-अ /	कांजी अक्षरों में Kanji letters 漢字	काताकाना अक्षरों में Katakana letters カタカナ
/		/	

प्रथम नाम First name / 名	रोमन अक्षरों में Roman letters रो-म-अ-अ /	कांजी अक्षरों में Kanji letters 漢字	काताकाना अक्षरों में Katakana letters カタカナ
/		/	

b) लिंग / Sex / 加入者の性別

c) वैवाहिक स्थिति / Marital Status / 加入者の婚姻関係

d) जन्म तिथि / आयु

Date of Birth/Age 加入者の生年月日/年齢

दि.दि./मा.मा./व.व. / (DD/MM/YY)

e) पिता/पति का नाम / Father's/Husband's Name / 加入者の父の氏名 (既婚女性の場合には、加入者の夫の氏名)

4. भारत में सदस्य की कर्मचारी भविष्य निधि खाता संख्या / Employees' Provident Fund Account Number of the member in India
加入者のインドの被用者積立基金番号:

5. जापानी मूल पेंशन संख्या / Japanese Basic Pension Number / 加入者の日本の基礎年金番号

6. उस स्थापना का नाम एवं पता जहां
सदस्य अंतिम बार कार्यरत था।
Name & Address of the Establishment
in which the member was last employed
加入者が最後に就労していた事業所の名称及び所在地

7. नौकरी छोड़ने की तिथि / Date of leaving service / 離職年月日 (दि.दि./मा.मा./व.व.) (DD/MM/YY)

8. नौकरी छोड़ने का कारण / Reason for leaving service / 離職事由
 त्यागपत्र Resignation 辞職 अधिवर्षिता Superannuation 定年退職 मृत्यु Death 死亡
 सेवा समाप्ति Termination from service 解雇 पूर्ण एवं स्थायी अशक्तता/Total & Permanent Disability 障害
 ठेके की समाप्ति Completion of contract 契約満了 अन्य others その他

9. पत्राचार का पता / Address for communication / 請求者の連絡先
डाक का पूरा पता / Full Postal Address / 郵送先

ईमेल पता /E-mail Address/ E メールアドレス
मोबाइल नंबर /Mobile Number/ 携帯電話番号

10. (a) घटी पेंशन के मामले में (समय पूर्व पेंशन) पेंशन
आरंभ करने हेतु तिथि का विकल्प
In case of reduced pension (early pension)
date of option for commencement of pension

	दिनांक/ Day	माह/Month	वर्ष/Year
	日	月	年
(繰上げ受給) 希望する年金受給開始日			

(b) क्या आप कभी जापानी विधान (पेंशन) के अंतर्गत आपकी कवर्ड अवधि की
गणना समग्रिकरण हेतु करवाना चाहते हैं ? / Do you have any period of coverage under the Japanese legislation (Pension) to
be counted for the purpose of totalization? / 通算にあたって考慮される日本国の法令による保険期間がありますか。

हां/ Yes/ はい

नहीं/No/いいえ

यदि हां, कृपया परिशिष्ट भरें / If yes, please fill up the Annexure / 「はい」の場合には、別添に記入してください。

11. परिवार का विवरण /Particulars of Family/ 加入者の家族にかかると事項

क्रम सं Sl No.	नाम Name 氏名	जन्म तिथि / आयु Date of Birth/Age 生年月日/年齢 (दि.दि./मा.मा./व.व.) (DD/MM/YY)	सदस्य के साथ संबंध Relationship with Member 加入者との関係	अवयस्क के मामले में बताएं Indicate against Minor 未成年者にかかると事項	
				अभिभावक का नाम Guardian Name 後見人の氏名	सदस्य के साथ संबंध Relationship with Member 加入者との関係
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

नोट : यदि कोई बच्चा शारीरिक रूप से विकलांग है तो कृपया नाम के नीचे "अशक्त" लिखें

Note : If any child is physically handicapped, please indicate "DISABLED" below the name.

注 : 子が身体障害者の場合には、氏名の下に「障害者(DISABLED)」と書いてください。

12. सदस्य की मृत्यु की तिथि (यदि लागू हो) /Date of death of Member (if applicable)
/ 加入者の死亡日 (死亡している場合) (दि.दि./मा.मा./व.व.) (DD/MM/YY)

13. खोले गए बैंक खाते का विवरण /

Details of Bank Account opened. / 振込先口座の詳細

(i) आईएफएस कोड संख्या (स्विफ्ट)/ IFS Code No or Bank Code(SWIFT) / インド銀行システムコード又は SWIFT コード

(ii) बैंक का नाम / Name of the Bank / 銀行名

(iii) शाखा का नाम / Name of the Branch / 本支店名

(iv) पूरा पता / Full Postal Address / 郵送先 (銀行)

पिन कोड/ Pin code / 郵便番号

क्रम सं. SL. No.	दावाकर्ता (ओं) का नाम Name of the Claimant (s) 請求者の氏名	बचत खाता संख्या Saving Bank Account No. 口座番号

14. यदि नामिति द्वारा दावा प्राप्त किया जाता है तो उसका

If the Claim is preferred by nominee, indicate his/her / 被指名者が被指名者年金の申請を行う場合

(1) नाम/Name/氏名

अंतिम नाम रोमन अक्षरों में कांजी अक्षरों में काताकाना अक्षरों में
Last name / 氏 Roman letters Kanji letters / Katakana letters

प्रथम नाम रोमन अक्षरों में कांजी अक्षरों में काताकाना अक्षरों में
First name / 名 Roman letters Kanji letters / Katakana letters

(2) मृतक सदस्य के साथ संबंध

Relationship with the deceased Member:

死亡した加入者との関係

15. यदि सदस्य के पास पहले से योजना प्रमाण पत्र है तो उसका विवरण
Details of Scheme Certificate. Already in possession of the Member, if any
加入者証に関する質問。加入者が既に保有している場合、

: योजना प्रमाण पत्र प्राप्त हुआ तथा संलग्न है।
Scheme Certificate received & enclosed
加入者証を：受領しており、同封しました

प्राप्त नहीं हुआ
Not Received / 受領しておりません

लागू नहीं
Not Applicable / 受領する資格がありません

यदि प्राप्त हुआ है तो बताएं/If received, indicate / 受領している場合に記入してください。

क्रम सं. SL.No.	योजना प्रमाण पत्र कंट्रोल संख्या Scheme Certificate Control No. 加入者証管理番号	प्राधिकारी जिसके द्वारा योजना प्रमाण पत्र जारी किया गया है। / Authority who issued the Scheme Certificate / 加入者証交付当局

16. यदि क.पे.यो. 1995 के अन्तर्गत पहले से पेंशन ली जा रही है।
If pension is being drawn under E.P.S. 1995 / 1995 年被用者年金制度から年金が支給されている場合
पी पी ओ सं / PPO No /
年金支払番号

क्ष.का./उप क्ष.का./ Issued by RO/SRO/
地方事務所/地域事務所が発行

17. संलग्न दस्तावेज़ (अनुदेशों के अनुसार बताएं)
Documents enclosed (indicate as per the instructions)
添付書類 (記入要領に従って記入してください)

1.
2.
3.

पेंशन के पात्र प्रत्येक व्यक्ति के संबंध में दो प्रतियों में प्रस्तुत किया जाए
To be submitted in duplicate in respect of each person eligible for pension
 年金受給資格者ごとに本申請書を2部作成し、提出してください。

पेंशनभोक्ता का विवरण एवं उसके नमूना हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान
 Descriptive roll of Pensioner and his/her Specimen Signature / Thumb impression
 年金受給資格者にかかる記入事項及び署名/拇印

1. सदस्य का नाम/

Name of the member/ 加入者の氏名

अंतिम नाम Last name / 氏	रोमन अक्षरों में Roman letters	कांजी अक्षरों में Kanji letters	काताकाना अक्षरों में Katakana letters
	ローマ字 /	漢字 /	カタカナ

/ /

प्रथम नाम First name / 名	रोमन अक्षरों में Roman letters	कांजी अक्षरों में Kanji letters	काताकाना अक्षरों में Katakana letters
	ローマ字 /	漢字 /	カタカナ

/ /

2. भारत में सदस्य की कर्मचारी भविष्य निधि खाता संख्या

Employees' Provident Fund Account No. of the member in India / 加入者のインドの被用者積立基金番号

3. जापानी मूल पेंशन संख्या / Japanese Basic Pension Number / 加入者の日本の基礎年金番号

4. पेंशनभोक्ता का नाम

Name of the Pensioner / 年金受給資格者の氏名

5. पिता/पति का नाम / Father/Husband name / 年金受給資格者の父の氏名(既婚女性の場合には年金受給資格者の夫の氏名)

6. लिंग / Sex / 年金受給資格者の性別

7. राष्ट्रियता / Nationality / 年金受給資格者の国籍

8. धर्म / Religion / 年金受給資格者の宗教

9. लम्बाई / Height / 年金受給資格者の身長

10. पहचान का चिह्न

Personal Mark of Identification

(1)

年金受給資格者の身体的特徴

(2)

11. पेंशनभोक्ता के नमूना हस्ताक्षर / Specimen Signature of Pensioner / 年金受給資格者の署名 (3 回記入)

(1)

(2)

(3)

12. सभी पात्र लाभार्थी के मामले में बाएँ हाथ की उंगलियों के निशान

If you receive benefits in bank of India, all eligible beneficiary Left Hand Finger Impression
 इन्दो国内の銀行において給付を受給する場合、全ての年金受給資格者の左手の指紋押捺

अंगूठा	तर्जनी	मध्यमा	अनामिका	कनिष्ठा
THUMB	INDEX	MIDDLE	RING	SMALL
親指	人指し指	中指	薬指	小指

हस्ताक्षर/ Signature

सत्यापन करने वाले अधिकारी का नाम /

Name of the Attesting Authority

सरकारी मोहर/ Official Seal

雇用户的署名、名称及び印

स्थान/Place/場所

दिनांक/Date/日付

प्रमाणित किया जाता है कि/ Certified that / 次のことを証明します。

(i) मैं कर्मचारी पेंशन योजना, 1995 के अन्तर्गत पेंशन नहीं ले रहा हूँ/रही हूँ। / I am not drawing Pension under Employees' Pension Scheme, 1995. / 私は 1995 年被用者年金制度から年金を受給しておりません。

(ii) आवेदन मे दिया गया विवरण सत्य एवं सही हैं। / The particulars given in this application are true and correct. / 本申請に記載された情報は真実かつ正確です。

दावाकर्ता के हस्ताक्षर

Signature of the claimant

請求者署名

अग्रिम प्राप्त रसीद

ADVANCE STAMPED RECEIPT

印紙貼付済領収書

(इन्दोの実施機関の記入欄)

मेरे पेंशन निधि खाते के निपटान हेतु मेरे बचत बैंक खाते में जमा के लिए क्षे.भ.नि. आ./प्रभारी अधिकारी से
 रुपये (. रुपये मात्र) प्राप्त किए।

Received a sum of Rs. (Rupees)

Only from Regional Provident Fund Commissioner /Officer-in charge Office

by deposit in my savings Bank Account towards the settlement of my Pension Fund Accounts.

(इस स्थान को खाली छोड़ा जाए जिसे क्षे.भ.नि. आ./प्रभारी अधिकारी उप क्षे.का. द्वारा भरा जाए)

(The Space should be left blank which shall be filled by Regional Provident Fund Commissioner /Officer-in-charge)

स्टैम्प पर सदस्य / दावाकर्ता के हस्ताक्षर एवं बाएं हाथ के अंगूठे का निशान

Signature or Left / Right hand thumb impression of the member / claimant on stamp

印紙の上に加印者又は請求者の署名又は左/右手の拇印

11/- रु. का रसीदी टिकट लगाएं

Affix Re.1 Revenue

Stamp

1ルビ-の収入印紙を

貼ってください。

प्रमाणित किया जाता है कि सदस्य का विवरण सही है तथा सदस्य ने मेरे दावाकर्ता समक्ष हस्ताक्षर /अंगूठे का निशान लगाया है। / Certified that the particulars of the member given are correct and the member / claimant has signed/thumb impressed before me. /これらの加入者に関する事項は正しいこと及び加入者又は請求者が私(雇用者)の面前で署名/押捺したことを証明します。

सदस्य के वेतन एवं गैर - अंशदायी सेवा की अवधि का विवरण निम्नलिखित है :-

The details of wages and period of non-contributory service of the member are as under:-
加入者の賃金及び保険料無拠出期間の詳細は下記に記載しております。

जिस अवधि के लिए फॉर्म 3 ए / 7 (क.पै.यो.) क.भ.नि.सं. में नहीं भेजा गया, वह एतद्वारा संलग्न है।
Form 3A/7 (EPS) enclosed for the period for which it was not sent to Employee's Provident Fund Office
被用者積立基金機構 (EPFO) に報告がされていない期間に関しては様式3A/7 (EPS) を同封しております。

नौकरी छोड़ने की तिथि पर वेतन
Wages as on the date of exit
脱退日現在の賃金

गैर -अंशदायी सेवा की अवधि
Period of non contributory Service / 保険料無拠出期間

वर्ष/माह Year/Month 年/月 दिनों की संख्या No. of days / 日数

दिनांक Date 日付(DD/MM/YY)

नियोक्ता /सक्षम प्राधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of Employer/authorized Official
雇用者又は権限ある担当官の署名

(केवल कार्यालय प्रयोग हेतु / For office use only)
(पेंशन अनुभाग/लेखा अनुभाग/Pension Section / Accounts Section)

प्रमाणित किया जाता है कि आवेदन के दस्तावेजों की जांच संबंधित दस्तावेजों से कर ली गई है, दावाकर्ता पेंशन का हकदार है।
डाटा इनपुट शीट नीचे अनुमोदनार्थ रखी गई है।

Certified that the particulars in the application have been verified with the relevant concerned documents, the claimant is eligible for Pension. The Input Data Sheet is placed below for approval:

फार्म 9 / फार्म 3 (पी एस), मास्टर लेजर कार्ड/दावाआवक रजिस्टर में दर्ज किया गया ।
Entered in form9/Form3(PS), Master Ledger Card/Claim Inward Register.

दावाकर्ता द्वारा प्रस्तुत दस्तावेज के साथ फार्म 2 (आर) संलग्न किया गया है ।
Form 2 (R) enclosed along with the documents furnished by the claimant.

संबंधित सहायक /Dealing Hand अनुभाग पर्यवेक्षक/Section Supervisor लेखा अधिकारी/Account Officer
स.भ.नि.आ./APFC

दिनांक/Date दिनांक/Date दिनांक/Date दिनांक/Date

(पेंशन पूर्व लेखापरीक्षा अनुभाग में प्रयोग हेतु) / FOR USE IN PENSION PRE-AUDIT CELL)

इनपुट डाटा शीट आवेदन तथा संलग्न दस्तावेजों का संदर्भ लेते हुए जांच की गयी तथा सही पायी गई । कंप्यूटर के माध्यम से पी पी ओ बनाया जाए

The input data sheet verified with reference to the application and the documents enclosed and found correct. PPO may be generated through Computer

संबंधित सहायक /Dealing Hand अनुभाग पर्यवेक्षक/Section Supervisor लेखा अधिकारी/Account Officer
स.भ.नि.आ./APFC

दिनांक/Date दिनांक/Date दिनांक/Date दिनांक/Date

(पेंशन वितरण अनुभाग में प्रयोग हेतु) / FOR USE IN PENSION DISBURSEMENT SECTION)

पी पी ओ संख्या

PPO No

बैंक को जारी करने की तिथि

Date of issue to the Bank

दावाकर्ता एवं लेखा अनुभाग को भी सूचना ----- को भेजी गई

Intimation sent to the claimant and also the Accounts Branch on

संबंधित सहायक /Dealing Hand अनुभाग पर्यवेक्षक/Section Supervisor लेखा अधिकारी/Account Officer
स.भ.नि.आ./APFC

दिनांक/Date दिनांक/Date दिनांक/Date दिनांक/Date

भारत एवं जापान के मध्य सामाजिक सुरक्षा पर करारनामा
AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN INDIA & JAPAN
 社会保障に関する日本国とインド共和国との間の協定

भारत गणराज्य एवं जापान के मध्य सामाजिक सुरक्षा करारनामे के अंतर्गत कवर्ड विधान के अंतर्गत कवरेज का विवरण / Particulars of Coverage under legislation of JAPAN covered under Social Security Agreement between the Republic of India and Japan. / 日インド社会保障協定における日本国の法令に基づく保険期間に関する事項

दावाकर्ता का नाम / Name of Claimant / 請求者の氏名

अंतिम नाम रोमन अक्षरों में कांजी अक्षरों में काताकाना अक्षरों में
 Last name / 氏 Roman letters 로마자 / Kanji letters 漢字 / Katakana letters カタカナ

प्रथम नाम रोमन अक्षरों में कांजी अक्षरों में काताकाना अक्षरों में
 First name / 名 Roman letters 로마자 / Kanji letters 漢字 / Katakana letters カタカナ

पिता /पति का नाम/ Father's Name/Husband's name /加入者の父の氏名 (既婚女性の場合には、加入者の夫の氏名)

जन्म तिथि / Date of Birth / 生年月日 (DD/MM/YY) _____

राष्ट्रीयता / Nationality / 国籍 _____

घर का पता / Residential Address / 所在地 _____

जापानी मूल पेंशन संख्या /Japanese Basic Pension Number / 日本の基礎年金番号 _____

भारत में सदस्य भविष्य निधि खाता संख्या / Employees' Provident Fund Account No. of the member in India / इन्दो के 被用者積立基金番号 _____

जापानी पेंशन के अंतर्गत अंशदान की अवधि / Period of Contributions under the Japanese Pension /
 加入者の日本国の年金制度での保険料納付期間

से / From / から			तक / To / まで		
वर्ष / Year / 年	महीना / Month / 月	दिन / day / 日	वर्ष / Year / 年	महीना / Month / 月	दिन / Day / 日
जापान में बीमा की कुल अवधि / Total length of insurance period in Japan / 日本国での保険期間の合計					
वर्ष / year / 年		महीना / month / 月			

दावाकर्ता के हस्ताक्षर / Signature of Claimant / 請求者の署名