

2. 申請者に関する情報 / दावेदार / Claimant

①氏 अंतिम नाम/ Last name	ローマ字 / रोमन अक्षरों में / in Roman letters			②名 प्रथम नाम/ First name	ローマ字 / रोमन अक्षरों में / in Roman letters		
	カタカナ/ काताकाना अक्षरों में /in Katakana letters		漢字/ काजी अक्षरों में /in Kanji letters		カタカナ/ काताकाना अक्षरों में /in Katakana letters		漢字/ काजी अक्षरों में /in Kanji letters
③生年月日 जन्मतिथि / Date of Birth	年/ वर्ष / Y	月/ मह / M	日/ दिन / D	④性別 लिंग/ Sex	⑤電話番号 (国番号、エリアコードを含む)、メールアドレス देश तथा क्षेत्र कोड सहित टेलीफोन नंबर, ई-मेल पता / Telephone number including country and area code, E-mail address		
⑥住所 पता Address	ローマ字 / रोमन अक्षरों में / in Roman letters				⑦死亡者との続柄 मृत व्यक्ति से संबंध /Relationship to the deceased person		
	カタカナ/ काताकाना अक्षरों में / in Katakana letters						

3. 日本の保険加入期間に関する情報 / जपान पेंशन प्रणाली के अंतर्गत कवरेज अवधि / Periods of coverage under the 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。/ जपान पेंशन प्रणाली के अंतर्गत बीमित व्यक्ति का विस्तृत कवरेज इतिहास यथासंभव सटीक भरे। / Fill in the insured person's detailed history of coverage under the Japanese public pension systems as accurately as possible.

加入期間 (年/月/日) कवरेज की अवधि / Period of Coverage प्रारंभ वर्ष/माह/दिनांक From Y / M / D समाप्ति वर्ष/माह/दिनांक 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/ कार्यस्थल अथवा जहाज मालिक का नाम / जहाज का नाम यदि वह जहाज पर कप्तानदस्य था/ Name of the workplace or Name of the ship owner / Name of the ship in case the insured was 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 / कार्यस्थल अथवा जहाज मालिक का पता या वह पता जब उसे राष्ट्रीय पेंशन में नामांकित किया गया था / Address of workplace or ship owner, or address when the insured was enrolled in the National Pension	加入していた年金制度等 (注) / पेंशन प्रणाली जिसके अंतर्गत बीमित व्यक्ति को कवर किया गया था / Pension system under which the insured 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(船員保険・共済組合を除く。)は「2」、厚生年金(船員)保険は「3」、厚生年金保険(共済組合)は「4」を記入してください。
- 厚生年金保険(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。

(*)

- निम्नानुसार अंक भरें: राष्ट्रीय पेंशन के लिए "1", (संभ्रमे बंभ्रंभौर आपसी सहयतसंघं के अंकेकर) कर्मचारी पेंशन बंभ्रंके लिए "2", कर्मचारी पेंशन (संभ्रमे) बंभ्रंके लिए "3" तथा कर्मचारी पेंशन बंभ्रं(आपसीसहयतसंघं) के लिए "4" / Fill in the number as follows: "1" for National Pension, "2" for Employees' Pension Insurance (except Seaman's Insurance and Mutual Aid Association), "3" for Employees' Pension (Seamen's) Insurance and "4" for Employees' Pension Insurance (Mutual Aid Association).
- कर्मचारी पेंशन बंभ्रं(आपसीसहयतसंघं) के लिए "4" भरतें, तंकेपुया आपसीसहयतसंघं कंनम लिखें। / For "4" for Employees' Pension Insurance (Mutual Aid Association), please fill in the name of Mutual Aid Pension Association.
- कसुयुइस कंनम में मतु व्यक्ति कंनम भरें, यदि बीमित व्यक्ति कंनम विवाह यंभन्य कारणों संत्रतमान नंम संभ्रिन हं। / 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. 署名 / दखदेश की घोषणा / 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。私はインド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。में घोषणा करतंकरतंहेके इस प्रपत्र में दी गई सचनसत्य एवंपुर्ण हं। में भारत केसक्षम संस्थान कोजंभ्रंसीसक्षम संस्थानों कोवेसंभ्रंजानकारी तथादस्तावेज उपलब्ध करंभंके लिए प्राधिकृत करतंकरतंहेजंलाभों के लिए इस आवदेन संसंबंधित हं यंहेसकतंहे। / I declare that the information I have given in this form is true and complete. I authorize the competent institution of India to furnish to the Japanese competent institutions all information and documents which relate or could relate to this application for benefits.

दखदेश के हस्ताक्षर / Signature of Claimant

申請者の署名: _____