

**DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITE
À INSTRUIRE PAR LES INSTITUTIONS
FRANÇAISES**
フランスの機関が審査する障害年金の請求書
Article 15 de l'Accord
Article 10 de l'arrangement administratif général
協定第 15 条、一般行政取決め第 10 条

Date de réception de la demande par
l'institution japonaise :
日本の機関が申請を受付けた日 :
日/J...月/M.....西暦年/A.....

Cachet 印

Ce formulaire est complété par le demandeur de pension et remis à l'institution japonaise auprès de laquelle l'intéressé a déposé sa demande. Celle-ci établit le formulaire de liaison J/F3 attestant de la date de dépôt de la demande, de l'Etat civil du demandeur. Il est accompagné des formulaires F/J4 - 217-04 et J/F5.
この様式は日本の機関で年金申請手続きをする時に、申請者が記入して提出するものです。日本の機関は連絡様式 J/F3 の作成により、申請日と申請者の身元を確認します。様式 F/J4 - 217-04 と J/F5 も添付されます。

1. Date de dépôt de la demande 申請年月日 : 日/J.....月/M.....西暦年/A.....

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE ASSUREE 被保険者に関する情報

2.1	Nom 姓	Nom de naissance 旧姓	Prénoms 名
.....			
2.2	Date de naissance 生年月日 : 日/J.....月/M.....西暦年/A.....		Lieu de naissance 出生地.....
2.3	Sexe 性別 : <input type="checkbox"/> Masculin 男 <input type="checkbox"/> Féminin 女		2.4 Nationalité 国籍
2.5	Situation de famille 婚姻状況		
	<input type="checkbox"/> Célibataire 独身 <input type="checkbox"/> Marié (e) 既婚 <input type="checkbox"/> Veuf (ve) 寡婦/夫 (depuis le 配偶者の死亡日 : 日/J...月/M...西暦年/A.....)		
	<input type="checkbox"/> Divorcé (e) 離婚 (depuis le 離婚成立日 : 日/J.....月/M.....西暦年/A.....) <input type="checkbox"/> Séparé (e) 別居 (depuis le 別居成立日 : 日/J.....月/M.....西暦年/A.....)		
2.6	Nom du père 父の姓		Nom de la mère 母の姓.....
2.7	Adresse à la date de la demande (ou à la date du décès) 申請日 (又は死亡日) の住所:		
.....			
.....			
2.8	Numéro d'identification français フランスの社会保障番号		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.9	Numéro de la pension de base ou le code et le numéro du Carnet de pension au Japon . 日本の基礎年金番 又は年金手帳の記号番号		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.	RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES 補足的な事項
3.1	Date de début de l'incapacité de travail 就労不能となった日 : 日/J.....月/M.....西暦年/A.....
3.2	<input type="checkbox"/> vous exercez une activité 就労している <input type="checkbox"/> salariée 被用者として <input type="checkbox"/> non salariée 自営業者として <input type="checkbox"/> vous n'exercez plus d'activité 就労をやめた depuis le やめた日 : 日/J.....月/M.....西暦年/A.....

4.	RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT DES DROITS À PRESTATIONS 給付を受ける権利についての補足情報
Vous bénéficiez des prestations suivantes 以下の給付を受けています:	
4.1	<input type="checkbox"/> indemnités de l'assurance maladie pour incapacité de travail depuis le
4.2	医療保険の休業補償手当。支給開始日 : 日/J.....月/M.....西暦年/A.....
4.3	<input type="checkbox"/> pension d'invalidité depuis le 障害年金。支給開始日 : 日/J.....月/M.....西暦年/A.....
4.4	<input type="checkbox"/> pension de vieillesse depuis le 老齢年金。支給開始日 : 日/J.....月/M.....西暦年/A.....
4.5	<input type="checkbox"/> pension de survivant depuis le 遺族年金。支給開始日 : 日/J.....月/M.....西暦年/A.....
4.6	<input type="checkbox"/> rente accident du travail ou maladie professionnelle depuis le
4.7	労災・職業病年金。支給開始日 : 日/J.....月/M.....西暦年/A.....
4.8	<input type="checkbox"/> prestations de chômage depuis le 失業給付。支給開始日 : 日/J.....月/M.....西暦年/A.....
	<input type="checkbox"/> autre prestation (à préciser) その他の給付 (明記してください)
	Organisme débiteur 支払い機関:

5.	MODE DE PAIEMENT CHOISI PAR LE DEMANDEUR 申請者による支払い方法の選択
5.1	<input type="checkbox"/> Compte bancaire, joindre un RIB avec code IBAN ou SWIFT.
5.2	銀行口座振込。IBAN 又は SWIFT コードを明記した口座証明書を添付
	<input type="checkbox"/> Autre mode de paiement その他の支払い方法 :

J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des présentes déclarations et je m'engage à faciliter toute enquête faite pour les vérifier ⁽¹⁾

私は上記申告が正確である事を名誉にかけて証し、その確認調査に協力する事を約束します⁽¹⁾。

Fait à 様式記入地 記入日 le : 日/J.....月/M.....西暦年/A.....

Signature 署名 ⁽²⁾

N° de téléphone du signataire 署名者の電話番号:

Courriel 電子メール :

INSTRUCTIONS記入の仕方

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de 3 pages ; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.
ローマ字の活字体で点線の部分に記入してください。この様式は全部で3枚あります。該当項目がないページがあっても、3枚揃えて提出してください。

NOTES 注記

¹⁾ *La loi rend passible d'amende ou (et) d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (art. L 377-1 du CSS art. L 150 du Code pénal).*

不正や偽りの申告の罪を問われた者には、罰金刑あるいは（及び）禁固刑の求刑が法律で規定されています（社会保障法典L 377-1条と刑法典L 150条）。

²⁾ *Après avoir rempli et signé votre demande vous devez la faire parvenir avec toutes pièces justificatives d'état civil vous concernant à l'institution japonaise auprès de laquelle vous déposez votre demande de pension.*

この請求書に記入・署名のうえ、申請者・配偶者・子の身分を証明する書類を添えて、年金を請求する日本の機関に提出してください。

2. Informations concernant toutes les périodes accomplies (en France et dans tout autre État en dehors du Japon) ⁽¹⁾ フランスその他日本以外の国で得た保険期間についての情報 ⁽¹⁾								
	Périodes 期間		Nature des périodes 期間の種類 ⁽²⁾	Dénomination et siège de l'employeur ou nature de l'activité non salariée 使用者の名称と所在 地、あるいは自営業の業種	Lieu et pays d'exercice de l'activité 就業地、国 ⁽³⁾	Institution ou régime d'assurance 保険制度・機関 ⁽¹⁾		Lieu de résidence pendant la période d'activité 就業期間中の居住地
	Du より 日/月/年	Au まで 日/月/年				Numéro d'immatriculation 加入者番号	Nature de l'assurance 保険の性格 ⁽⁴⁾	
	1	2	3	4	5	6	7	
1						a) b) c)		
2						a) b) c)		
3						a) b) c)		
4						a) b) c)		
5						a) b) c)		

6						a) b) c)	
7						a) b) c)	
8						a) b) c)	

.....

Date 日付

.....⁽⁵⁾

Signature 署名

INSTRUCTIONS記入の仕方

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de 3 pages ; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile. Si l'espace prévu à la page 2 n'est pas suffisant pour y indiquer toutes les périodes de la carrière de l'assuré, intercaler à la suite une ou plusieurs pages identiques en modifiant les numéros qui figurent à l'extrême gauche (remplacer 1, 2, 3 ... par 9, 10, 11 ...).

ローマ字の活字体で点線の部分に記入してください。この様式は全部で 3 枚あります。該当項目がないページがあっても、3 枚揃えて提出してください。被保険者の職歴の期間をすべて記入するにあたって、2 ページ目の欄だけでは足りない場合は、同様のページを 1 ないし複数追加し、その際左端の列の番号を変更してください（1、2、3、の代わりに例えば 9、10、11 と番号を振る）。

NOTES注記

- (1) Joindre une copie des documents probants pour chaque période (fiches de paye, attestation d'emploi, appel de cotisations).
それぞれの期間についてそれを裏付ける書類（給料明細書 fiches de paye、雇用証明書 attestation d'emploi、保険料請求書 appel de cotisations）のコピーを添付してください。
 - (2) Indiquer la nature de l'activité exercée (travailleur salarié ou indépendant ; par exemple, mécanicien, vendeur, agriculteur indépendant), éventuellement, périodes sans occupation professionnelle (par exemple : ménagère, chômage, maladie, etc.), service militaire.
就業のタイプ（被用者 salarié か自営業者 indépendant か：例えば機械工 mécanicien、販売員 vendeur、自営農業者 agriculteur indépendant 等）を記入するか、あるいは非就業期間（主婦 ménagère、失業 chômage、病気休業 maladie 等）や兵役 service militaire に該当する場合はそう記入してください。
 - (3) Préciser le nom ou le numéro du département. 県名と県番号（フランスでは郵便番号の初めの 2 桁）を書いてください。
 - (4) Préciser s'il s'agit d'assurance obligatoire, d'assurance volontaire ou d'une période sans assurance.
強制加入 obligatoire、任意加入 volontaire、保険なし sans assurance の別を書いてください。
 - (5) Si la page 2 est remplie par le requérant lui-même, elle doit être datée et pourvue de sa signature.
2 ページ目を申請者本人が記入した場合は、ここに日付とサインが必要です。
-