

Il numero di iscrizione al Regime Pensionistico di base giapponese o il Numero Libretto di pensione si trova nel "Notice of Basic Pension" o nel Libretto di pensione.

日本の基礎年金番号または年金手帳の記号番号は基礎年金番号通知書または年金手帳に書いてあります。

Il nome e l'indirizzo (nelle sezioni ①, ② e ⑤), possono essere inseriti in Katakana e/o in Kanji, se disponibile.

①、②、⑤の「カタカナ」および「漢字」欄には、それぞれカタカナおよび漢字を記入してください。

Se sposati, si prega di compilare questa sezione.

Tra i coniugi è compreso il coniuge *de facto* (common-law) che non è ufficialmente registrato come sposato.

配偶者がいるときに記入してください。なお、配偶者とは、婚姻の届出はしていないが、事実上あなたと婚姻関係と同様の事情にある方を含みます。

DOMANDA DI PENSIONE DI VECCHIA/INVALIDITA' A CARICO DELL'ASSICURAZIONE GIAPPONESE

**社会保障に関する日本国とイタリア共和国との協定**  
**ACCORDO DI SICUREZZA SOCIALE TRA IL GIAPPONE E LA REPUBBLICA ITALIANA**

IT/JPN 1 伊→日

国民年金・厚生年金保険裁定請求書(老齡、障害を支給事由とする年金給付)  
 (共済組合への厚生年金保険裁定請求書用)

Domanda di Pensione a carico del Regime Pensionistico Nazionale  
 Giapponese/ Regime di Sicurezza sociale dei lavoratori dipendenti  
 (Per la Pensione di Vecchiaia/Invalidità)  
 (Valida anche come domanda per gli iscritti ai Regimi Pensionistici delle  
 "Associazioni di Mutuo Soccorso")

日本の認定番号  
 Numero di riferimento  
 giapponese

イタリア共和国実施機関記入欄  
 Riservato all'istituzione italiana  
 competente.

発行日が入ったスタンプ  
 Timbro e data di ricezione

※この請求書は、イタリア共和国の家族機関(INPS/INPGI)の窓口提出用です。  
 Questo formulario di domanda deve essere presentato all'istituzione italiana  
 competente (INPS/INPGI)

※日本領事館領事より記入される欄  
 Riservato alle agenzie di  
 collegamento giapponesi

日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号  
 Numero di iscrizione al Regime Pensionistico di base  
 giapponese o Numero del Libretto di Pensione

申請のあった給付の種類 / Tipo di prestazione richiesta

老齡を支給事由とする年金 / Vecchiaia  障害を支給事由とする年金 / Invalidità

1. 申請者に関する情報 / Dati relativi al richiedente

①氏名 Cognome	ローマ字 / in caratteri alfabetici カタカナ / in Katakana	漢字 / in Kanji	②名前 Nome	ローマ字 / in caratteri alfabetici カタカナ / in Katakana	漢字 / in Kanji
③性別 Sesso	<input type="checkbox"/> 男 / Maschile <input type="checkbox"/> 女 / Femminile		④生年月日 Data di nascita	年 / Anno	月 / Mese
⑤住所 Indirizzo	ローマ字 / in caratteri alfabetici カタカナ / in Katakana		日 / Giorno		
⑥電話番号 (国番号、エリアコードを含む) Numero di telefono (completo di prefisso internazionale e locale)					

2. 配偶者に関する情報 / Coniugi del richiedente

⑦氏名 Cognome	ローマ字 / in caratteri alfabetici カタカナ / in Katakana	漢字 / in Kanji	⑧名前 Nome	ローマ字 / in caratteri alfabetici カタカナ / in Katakana	漢字 / in Kanji
⑨性別 Sesso	<input type="checkbox"/> 男 / Maschile <input type="checkbox"/> 女 / Femminile		⑩生年月日 Data di nascita	年 / Anno	月 / Mese
⑪基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Numero di iscrizione al Regime Pensionistico di base giapponese o Numero del Libretto di Pensione					
⑫年収が850万円未満ですか Il Reddito annuo è inferiore a 8,5 milioni di yen	<input type="checkbox"/> はい / Sì		<input type="checkbox"/> いいえ / No		

Si prega di compilare il modulo in Giappone o in Inglese (in lettere maiuscole).

当該申請書は、日本語または英語(ローマ字の大文字)で記入してください。

Nella sezione "Tipo di prestazione richiesta", selezionare l'apposita casella per indicare la prestazione che si intende richiedere.

申請のあった給付の種類は、請求する年金をチェックしてください。

Inserire quattro cifre per l'anno e due per il mese, ad esempio "1955 12 15" per il 15 dicembre 1955. (Lo stesso per il resto del modulo)

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

DOMANDA DI PENSIONE DI VECCHIA/INVALIDITA A CARICO DELL'ASSICURAZIONE GIAPPONESE

Se si ha un figlio (figli), si prega di compilare questa sezione. Il figlio rileva se, al 31 Marzo, ha 18 anni o meno, o ha meno di 20 anni se disabile.

子がいるときに記入してください。子は18歳到達日以後の最初の3月31日までの間にある子または障害の状態にある20歳未満の子に限ります。

3. 子に関する情報 / Figli del richiedente

1	①氏名 Cognome	ローマ字 / in caratteri alfabetici カタカナ / in Katakana	漢字 / in Kanji	②名前 Nome	ローマ字 / in caratteri alfabetici カタカナ / in Katakana	漢字 / in Kanji	
	③性別 Sesso	<input type="checkbox"/> 男 / Maschile	<input type="checkbox"/> 女 / Femminile	④生年月日 Data di nascita	年 / Anno	月 / Mese	日 / Giorno
⑤障害の状態にありますか / Inabile				<input type="checkbox"/> はい / Sì			<input type="checkbox"/> いいえ / No
⑥年収が850万円未満ですか Il Reddito annuo è inferiore a 8,5 milioni di yen?				<input type="checkbox"/> はい / Sì			<input type="checkbox"/> いいえ / No
2	①氏名 Cognome	ローマ字 / in caratteri alfabetici カタカナ / in Katakana	漢字 / in Kanji	②名前 Nome	ローマ字 / in caratteri alfabetici カタカナ / in Katakana	漢字 / in Kanji	
	③性別 Sesso	<input type="checkbox"/> 男 / Maschile	<input type="checkbox"/> 女 / Femminile	④生年月日 Data di nascita	年 / Anno	月 / Mese	日 / Giorno
⑤障害の状態にありますか / Inabile				<input type="checkbox"/> はい / Sì			<input type="checkbox"/> いいえ / No
⑥年収が850万円未満ですか Il Reddito annuo è inferiore a 8,5 milioni di yen				<input type="checkbox"/> はい / Sì			<input type="checkbox"/> いいえ / No

子の人数が3人以上の場合は、別紙にご記入いただきこの請求書に添付してください  
Se il numero di figli è pari o superiore a 3, si prega di fornire le relative informazioni su un foglio aggiuntivo e di allegarlo al presente modulo di domanda.

4. 年金の支払に関する情報(給付の支払われる金融機関に関するデータ) / INFORMAZIONI PER L'ACCREDITO DELLA PENSIONE (Dati relativi all'istituto di credito presso il quale accreditare le prestazioni)

①銀行の名前 Nome della Banca	③口座番号 Numero di conto corrente	
②本店又は支店名 Sede Centrale o Nome dell'Agenzia	<input type="checkbox"/> 本店 / Sede Centrale	④銀行の住所 Indirizzo della Banca
<input type="checkbox"/> _____ 支店 Agenzia	ローマ字 / In caratteri alabetici カタカナ / in Katakana	
⑤イタリアの銀行への送金を希望する場合、その銀行に関するSWIFTコード(8桁または11桁の英数字)を記入して下さい。 Se si desidera l'accredito presso una banca italiana, si prega di indicare il codice SWIFT della Banca (8 o 11 cifre).		
⑥イタリアの銀行への送金を希望する場合、その銀行に関するIBANコード(最大34桁の英数字)を記入して下さい。 Se si desidera l'accredito presso una banca italiana, indicare il codice IBAN del conto corrente aperto presso la Banca (fino a 34 cifre).*		

Si prega di inserire il nome della banca e il nome della filiale in lettere maiuscole.

銀行の名前および支店名はアルファベットの英文字で記入してください。

\* イタリアの当座預金口座に送金を希望する場合、IBANコードの記入が必須となりますので御注意下さい。  
Il codice IBAN deve essere indicato obbligatoriamente per consentire l'accredito della pensione su conto corrente in una Banca italiana

- Divisione 1: si prega di indicare se si sta percependo o se si sta richiedendo un'altra pensione giapponese pubblica di vecchiaia, di invalidità o ai superstiti. (Fare riferimento alla lista dei sistemi pensionistici applicabili). In tal caso, si prega di inserire il nome del sistema pensionistico pubblico, il tipo di prestazione richiesta, la data di decorrenza, il codice di Pensione (Pension Code) o il numero di certificato della pensione.

Se si sta percependo più di una pensione pubblica, si prega di allegare le informazioni aggiuntive.

Se si sta percependo una delle "Mutual Aid pensions", si prega di inserire il nome dell'Associazione di Mutuo soccorso nella sezione "Nome del regime pensionistico".

- Divisione 2: Si prega di indicare le informazioni sulle prestazioni spettanti al coniuge, se applicabile, nel modo sopra indicato.

- 5. 1は申請者が日本国の公的年金制度等(右側の一覧を参照のこと)から老齢、障害または死亡を支給事由とする年金を受給しているかまた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、年金コードまたは年金証書の記号番号を記入してください。複数の公的年金を受給している場合は、別用紙に同様の情報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。

- 5. 2は配偶者について上記と同じ要領で記入してください。

DOMANDA DI PENSIONE DI VECCHIA/INVALIDITA A CARICO DELL'ASSICURAZIONE GIAPPONESE

6. 現在受給している日本国の公的年金に関する情報 / Informazioni sulle Pensioni Giapponesi di cui il richiedente è già beneficiario

申請者は既に日本国の公的年金を受給していますか。 Il richiedente è già beneficiario di una pensione giapponese?		<input type="checkbox"/> はい / Sì		<input type="checkbox"/> いいえ / No	
①氏名 Nome del Regime pensionistico	②年金の種類 Tipo di Pensione	③支給を受けることとなった年月日 Data di decorrenza	年 / Anno	月 / Mese	日 / Giorno
④年金コード又は年金証書の記号番号 Numero Identificativo della Pensione o Numero del Certificato di Pensione		<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金 / vecchiaia <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金 / Invalidita <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金 / Superstiti			
⑤年金コード又は年金証書の記号番号 Numero Identificativo della Pensione o Numero del Certificato di Pensione		<input type="checkbox"/> はい / Sì <input type="checkbox"/> いいえ / No			
①氏名 Nome del Regime pensionistico	②年金の種類 Tipo di pensione	③支給を受けることとなった年月日 Data di decorrenza	年 / Anno	月 / Mese	日 / Giorno
④年金コード又は年金証書の記号番号 Numero Identificativo della Pensione o Numero del Certificato di Pensione		<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金 / vecchiaia <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金 / Invalidita <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金 / Superstiti			

6. 日本の保険加入期間に関する情報 / Periodi di copertura assicurativa maturati in base alla legislazione di sicurezza

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。  
Compiere dettagliatamente riportando i periodi di copertura assicurativa maturati nei regimi pensionistici giapponesi

加入期間(年/月/日) Periodi di assicurazione Dal aa/mm/gg Al aa/mm/gg	事業所(船主所有)の名称及び船名またはその略称 / Denominazione del luogo di lavoro (o armatore della nave) ovvero Nome della nave in caso di marittimi	事業所(船舶所有者)の所在地又は国民年金加入時の住所 / Indirizzo del luogo di lavoro (o dell'armatore della nave) ovvero indirizzo personale, al momento dell'iscrizione al Regime Pensionistico Nazionale giapponese	加入していた年金制度等(注1) Regime pensionistico presso il quale l'assicurato(*) è stato iscritto	加入していた当時の氏名(注2) Cognome alla nascita, se variato (**)
/ / 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				

Sistemi pensionistici pubblici applicabili

- 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(2015年10月以降の厚生年金保険法(国家公務員共済組合法)を含む。)(1986年4月前の長期給付に関する施行法を含む)
  - オ 地方公務員等共済組合法(2015年10月以降の厚生年金保険法(地方公務員共済組合法)を含む。)(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(2015年10月以降の厚生年金保険法(私立学校教職員共済法)を含む。)
  - 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

Se non è sicuri delle date specifiche, fornire tutte le informazioni che si conoscono, come il mese o la stagione, ad esempio estate dell'anno xxxx.

詳しくわからないときでも、年月まであるいは～年の夏までといったように記入してください。

- Si prega di inserire i periodi assicurativi presso i sistemi pensionistici pubblici in ordine cronologico dal più vecchio/primo periodo assicurativo al più recente.

- Se l'indirizzo è cambiato durante il periodo in cui si era assicurati dal Sistema pensionistico nazionale (National Pension), si prega di specificare il vecchio indirizzo e la durata della residenza.

- Se si è verificato un qualsiasi cambiamento nel nome o nell'indirizzo del luogo di lavoro o se si è stati trasferiti tra filiali mentre si era assicurati presso il Regime di Sicurezza Sociale dei Lavoratori dipendenti e simili, si prega di inserire il nome, l'indirizzo, il periodo di assicurazione e il nome del sistema pensionistico rispettivamente di ciascun luogo di lavoro.

- 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てください。

- 国民年金の加入期間中に住所を変更したときは、住所および住んでいた期間が分かるように記入してください。

- 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てください。

DOMANDA DI PENSIONE DI VECCHIA/INVALIDITA' A CARICO DELL'ASSICURAZIONE GIAPPONESE

6. 現在、受給している日本国の公的年金に関する情報 / Informazioni sulle Pensioni Giapponesi di cui il richiedente è già beneficiario

申請者は既に日本国の公的年金を受給していますか。  
Il richiedente è già beneficiario di una pensione giapponese?  はい / Sì  いいえ / No

① 氏名 Nome del Regime pensionistico	③ 支給を受けることになった年月日 Data di decorrenza	年 / Anno	月 / Mese	日 / Giorno
② 年金の種類 Tipo di Pensione	<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金 / vecchiaia <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金 / Invalidità <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金 / Superstiti			
④ 年金コード又は年金証書の記号番号 Numero identificativo della Pensione o Numero del Certificato di Pensione				

① 配偶者は既に日本国の公的年金を受給していますか。  
Il coniuge del richiedente è beneficiario di una pensione giapponese?  はい / Sì  いいえ / No

① 氏名 Nome del Regime pensionistico	③ 支給を受けることになった年月日 Data di decorrenza	年 / Anno	月 / Mese	日 / Giorno
② 年金の種類 Tipo di pensione	<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金 / vecchiaia <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金 / Invalidità <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金 / Superstiti			
④ 年金コード又は年金証書の記号番号 Numero identificativo della Pensione o Numero del Certificato di Pensione				

6. 日本の保険加入期間に関する情報 / Periodi di copertura assicurativa maturati in base alla legislazione di sicurezza

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。  
Compilare dettagliatamente riportando i periodi di copertura assicurativa maturati nei regimi pensionistici giapponesi

加入期間 (年/月/日) Periodi di assicurazione Dal aa/mm/yy Al aa/mm/yy	事業所 (船舶所有者) の名称及び 船名であったときはその船名 / Denominazione del luogo di lavoro (o armatore della nave) ovvero Nome della nave in caso di marittimi	事業所 (船舶所有者) の所在地又は国民 年金加入時の住所 / Indirizio del luogo di lavoro (o dell'armatore della nave) ovvero indirizzo personale, al momento dell'iscrizione al Regime Pensionistico Nazionale giapponese	加入していた年金制度等 (注) Regime pensionistico presso il quale l'assicuratore(*) è stato iscritto	加入していた当時の氏名 (注) Cognome alla nascita, se variato (**)
/ / 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				

Si prega di inserire il numero corrispondente a ciascun sistema pensionistico, fornito in fondo alla sezione 6.

欄外の該当する年金制度の記号を記入してください。

Si prega di inserire l'indirizzo. E' necessario fornire almeno il nome della contea o della città o del distretto, se non si conoscono i dettagli. Alcuni dipendenti che lavorano nella filiale di Osaka di un'azienda potrebbero essere stati iscritti al Regime di Sicurezza Sociale dei Lavoratori dipendenti (EPI) presso la filiale del Japan Pension Service (Social Insurance Office) di Tokyo, dove si trova la sede centrale del luogo di lavoro. Se ci si trova in questa situazione, si prega di inserire l'indirizzo del luogo di lavoro in cui si è stati iscritti all'EPI. Si prega di fare la stessa cosa per i luoghi di lavoro presso un'Associazione di Mutuo Soccorso.

詳しくわからないときでも、郡市区町村名までは記入してください。

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てください。

Si prega di inserire il nome ufficiale del luogo di lavoro che è stato comunicato alla filiale del Japan Pension Service (Social Insurance Office) durante il periodo in cui si era assicurati. Per quanto riguarda i luoghi di lavoro, si prega di inserire anche il nome degli uffici o della società, come ad esempio filiale di Tokyo della società A.

Si prega di fare lo stesso per i luoghi di lavoro presso un'Associazione di Mutuo Soccorso, Se disponibile, inserire il nome Giapponese.

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てください。

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てください。

なお、共済組合等についても同様に記入してください。

さらに、日本語がわかる場合は日本語名で記入してください。

Se si sta richiedendo una pensione di invalidità, si prega di compilare la sezione 7.

障害を支給事由とする年金を申請する方が記入します。

③ Richiesta di prestazioni dovuta al fatto che la disabilità è considerata come di primo o secondo grado secondo il «Disability Grade» nel primo riconoscimento.

E' possibile richiedere prestazione se si ha più di un'invalidità e l'invalidità è considerata del primo o del secondo grado prescritto secondo il «Disability Grade» per la prima volta prima di aver compiuto 65 anni.

Si noti tuttavia che se sono stati percepite prestazioni di invalidità dovuti all'invalidità di primo o secondo grado, non è possibile richiedere la prestazione. Si ha diritto alla prestazione a partire dal mese successivo a quello della richiesta.

③ 初めて障害等級の1級または2級に該当したことによる請求

65歳前に一つの障害と他の障害を合わせて初めて2級以上の障害の状態となったときには障害給付が受けられます。なお、この事由による請求は今まで2級以上の障害給付を受給したことがある人は行うことが出来ません。また、支給は請求した月の翌月分から支給されます。

DOMANDA DI PENSIONE DI VECCHIA/INVALIDITÀ A CARICO DELL'ASSICURAZIONE GIAPPONESE

7. 障害を支給事由とする年金に関する情報 / Informazioni relative alla domanda di prestazioni di invalidità	
請求の区分 Tipologia di domanda	<input type="checkbox"/> ①障害認定日による請求 Domanda di prestazione di invalidità in costanza di rapporto di lavoro <input type="checkbox"/> ②事後重症による請求 Domanda di prestazioni per aggravamento dell'invalidità <input type="checkbox"/> ③初めて障害等級の1級または2級に該当したことによる請求 Domanda di prestazione in relazione ad un'invalidità-riconosciuta di 1° o 2° grado
1	<p>②の場合、右欄の該当する番号を○で囲んでください。 Se è stato selezionato il punto ②, si prega di cerchiare il numero corrispondente alla propria situazione nella colonna di destra.</p> <p>①、初診日から1年6月目の状態で請求した結果、不支給となった。 Sono decorsi un anno e sei mesi dalla data della prima visita medica in relazione alla quale non era stata riconosciuta una prestazione d'invalidità.</p> <p>②、初診日から1年6月目の状態は悪化したが、その後悪化して症状が重くなった。 Ad un anno e sei mesi dalla data della prima visita medica, vi è stato un aggravamento della malattia. È stata quindi presentata domanda per aggravamento dell'invalidità.</p> <p>③、その他(理由) Altro (Specificare le motivazioni)</p>
2	<p>過去に日本国の公的年金の障害を支給事由とする年金を受給しましたか。 Ha mai percepito una pensione di invalidità giapponese?</p> <p><input type="checkbox"/> はい / Sì <input type="checkbox"/> いいえ / No</p> <p>年金の名称 / Tipologia di Pensione</p> <p>年金コード又は年金証書の記号番号 Numero di Pensione o Numero del Certificato di Pensione</p>
8. 傷病について / Informazioni relative alla malattia o all'infortunio	
①傷病名 Nome della malattia o dell'infortunio	
②傷病の発生した日 / Data di insorgenza	年 / Anno 月 / Mese 日 / Giorno
③初診日 / Data del primo referto medico	年 / Anno 月 / Mese 日 / Giorno
④初診日において加入していた公的年金制度 Regime pensionistico di assicurazione alla data della prima visita medica	<input type="checkbox"/> 国民年金 / Regime Pensionistico Nazionale giapponese <input type="checkbox"/> 厚生年金保険 / Fondo dei lavoratori dipendenti <input type="checkbox"/> 厚生年金保険 (共済組合) / Regimi di Assicurazione di previdenza sociale (Regimi di "Assicurazione di mutuo soccorso")
⑤症状が固定して治療の効果が見られない場合は固定した日 Data in cui la malattia o l'infortunio è divenuto permanente.	年 / Anno 月 / Mese 日 / Giorno
⑥傷病の原因は職務上ですか。 La malattia/infortunio èipesa/ò da una causa di servizio?	<input type="checkbox"/> はい / Sì <input type="checkbox"/> いいえ / No
⑦この傷病により右の制度から保険給付を受けられる又は請求中ですか。 In relazione a questa malattia/infortunio è già beneficiario di prestazioni erogate in base ad uno dei regimi assicurativi elencati qui a destra?	<input type="checkbox"/> 労働基準法 / Legislazione sugli Standard Lavorativi <input type="checkbox"/> 船員保険法 / Legislazione di sicurezza sociale dei marittimi <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法 / Legislazione di sicurezza sociale contro gli infortuni sul lavoro <input type="checkbox"/> 国家公務員共済組合法 / Legislazione di sicurezza sociale contro gli infortuni sul lavoro per i dipendenti pubblici <input type="checkbox"/> 地方公務員共済組合法 / Legislazione di sicurezza sociale contro gli infortuni sul lavoro per i dipendenti degli Enti locali <input type="checkbox"/> 公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する法律 / Legislazione di sicurezza sociale contro gli infortuni per i medici, i dentisti e i farmacisti in servizio presso le Scuole pubbliche
⑧⑦の制度から受けられるときはその種類 Indennità erogate in base ai Regimi Pensionistici di cui al punto ⑦	<input type="checkbox"/> 障害保険給付 (障害給付) / Assegno d'invalidità <input type="checkbox"/> 傷病補償給付 (傷病年金) / Assegno per infortuni
支給の発生した日 Data di decorrenza dell'assegno	年 / Anno 月 / Mese 日 / Giorno
⑨傷病の原因は第三者行為によりますか。 La malattia/infortunio è stata/ò causata/ò da terzi?	<input type="checkbox"/> はい / Sì <input type="checkbox"/> いいえ / No

Divisione 1: Si prega di barrare uno dei due tipi di richiesta sotto:

① Richiesta di prestazioni in caso di insorgenza dell'invalidità mentre si era assicurati:  
Si può richiedere questa prestazione se si ha un livello di disabilità prescritto nel giorno in cui sono trascorsi un anno e sei mesi dalla prima visita medica relativa alla malattia o all'infortunio. Si può richiedere la prestazione anche prima che siano trascorsi un anno e sei mesi quando il danno è stato completamente curato o è stato ricondotto a uno stato in disabilità se non è stato completamente curato. Si noti che è necessario avere determinati periodi di assicurazione qualificati. Please note you need to have certain qualifying periods of coverage.

② Richiesta di prestazioni per grado avanzato di invalidità.

Se non si rientra nel sopra descritto caso ①, è possibile comunque richiedere una prestazione se il grado di invalidità raggiunge il grado prescritto in un momento successivo.

Si noti che la richiesta deve essere presentata prima di aver compiuto 65 anni. Si ha diritto alla prestazione dal mese successivo a quello della richiesta.

7. 1は、障害認定日による請求または事後重症による請求のいずれか該当する欄をチェックしてください。

① 障害認定日による請求  
障害給付は、病気またはケガによって初めて医師の診療を受けた日(初診日)から1年6ヶ月目(その期間内に治ったときにはその日)に一定の障害の状態があるときに受けられます。(ただし、一定の資格期間が必要です。)

② 事後重症による請求  
①に該当しなかった方でもその後病状が悪化し、一定の障害の状態になったときには本人の請求により障害給付が受けられます。ただし、請求は65歳前に行わなければいけません。  
また、年金は請求した月の翌月分から支給されます。

DOMANDA DI PENSIONE DI VECCHIA/INVALIDITA A CARICO DELL'ASSICURAZIONE GIAPPONESE

6. 署名 / Dichiarazione del richiedente

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実かつ完全であることを宣誓します。私はイタリア共和国の実施機関が有する本給付申請に関わるまたは関わる可能性のある情報および資料を同機関が日本の実施機関に提供することを認めます。

Io, sottoscritto, dichiaro sotto la mia personale responsabilità che le informazioni contenute nel presente modello di domanda sono complete e veritiere. Autorizzo, inoltre, l'istituzione competente in Italia a fornire alle istituzioni competenti in Giappone tutte le informazioni e i documenti necessari, inerenti alla presente domanda di prestazione pensionistica.

申請者の署名

Firma del richiedente : \_\_\_\_\_

Con la firma si attesta la veridicità delle informazioni fornite nella richiesta.

Inoltre si autorizza l'Istituzione italiana competente a fornire alle competenti Istituzioni giapponesi le informazioni che potrebbero incidere sul diritto alle prestazioni giapponesi per cui si sta facendo richiesta.

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。

あなたはイタリアの実施機関に対し、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うる情報を日本の実施機関に提供する権限を与えます。