

Claim for Old Age Pension 老齢を支給事由とする年金給付

You can find your Japanese Basic Pension Number or Number on Pension Handbook on your Notice of Basic Pension Number or on your Pension Handbook.

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

- ①, ② and ⑤: Please capitalize in Roman letters. (Same for the rest of this form)

- Also, you may fill them in "in Katakana letters" and "in Kanji letters", if they are available.  
(Same for the rest of this form)

- ①・①、②、⑤のローマ字は、大文字で記入してください。  
①・①、②、⑤の「カタカナ」欄に、カタカナ及び漢字を記入してください。

If you have an eligible spouse, please fill in this section.

An eligible spouse includes a de facto spouse (common-law) who is not officially registered to be married

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。

**社会保険に関する日本国とオーストラリアとの間の協定**  
**Agreement between Japan and Australia on Social Security**

国民年金・厚生年金保険請求書(遺族年金給付)  
 (共済組合への厚生年金保険請求書併用)

Claim for National Pension / Employees' Pension Insurance  
 (For Old Age Pension)  
 (Also claim for Employees' Pension Insurance to  
 Mutual Aid Association)

※この請求書は、オーストラリアの政府機関の窓口提出用です。  
 This claim form is only for submission to Australian competent institution.

※日本国政府により記入される欄  
 To be completed only by  
 Japanese liaison agencies

**AUS/J1 第一日**  
 (Do not write in this space)  
 Australian competent institution  
 to date stamp

日本の国庫番号  
 Japanese reference number

オーストラリアのセンターリンク照会番号  
 Australian Centrelink Reference Number

日本の遺族年金番号又は年金手帳の記号番号  
 Japanese Basic Pension Number or Number on Pension Handbook

1. 申請者に係る情報 / Claimant

|                                                                           |                                                                       |                        |                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------|
| ①氏名<br>Last name                                                          | ローマ字 / in Roman letters<br>カタカナ / in Katakana letters                 | ②姓<br>First name       | ローマ字 / in Roman letters<br>カタカナ / in Katakana letters |
| ③性別<br>Sex                                                                | <input type="checkbox"/> 男 / Male <input type="checkbox"/> 女 / Female | ④生年月日<br>Date of Birth | 年 / Y 月 / M 日 / D                                     |
| ⑤住所<br>Address                                                            | ローマ字 / in Roman letters<br>カタカナ / in Katakana letters                 |                        |                                                       |
| ⑥電話番号 (国番号、エリアコードも含む)<br>Telephone number including country and area code |                                                                       |                        |                                                       |

2. 配偶者に係る情報 / Claimant's spouse

|                                                                                   |                                                                       |                        |                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------|
| ①氏名<br>Last name                                                                  | ローマ字 / in Roman letters<br>カタカナ / in Katakana letters                 | ②姓<br>First name       | ローマ字 / in Roman letters<br>カタカナ / in Katakana letters |
| ③性別<br>Sex                                                                        | <input type="checkbox"/> 男 / Male <input type="checkbox"/> 女 / Female | ④生年月日<br>Date of Birth | 年 / Y 月 / M 日 / D                                     |
| ⑤基礎年金番号又は年金手帳の記号番号<br>Japanese Basic Pension Number or Number on Pension Handbook |                                                                       |                        |                                                       |
| ⑥年収が860万円未満ですか<br>Annual income under 8.6 million yen                             | <input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No   |                        |                                                       |

Please enter your Australian Centrelink Reference Number (if known).

オーストラリアのセンターリンク照会番号を記入してください (知っている場合)。

Please enter the four-digit year and two-digit month, such as "1955 12 15" for December 15, 1955. (Same for the rest of this form)

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

1/4

- If you have an eligible child(ren), please fill in this section.

An eligible child is a child who on March 31, is age 18 or younger, or is aged under 20 if he/she is disabled.

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又は障害の状態にある20歳未満の子に限りです。

Please capitalize in Roman letters the bank name and branch name.

銀行の名前及び支店名はアルファベットの大字で記入してください。

- Section 1: Please indicate whether you are receiving or in the process of filing a claim for another Japanese public pension for another Japanese public pension for age, disability or death. (Refer to the list of applicable pension systems). If so, please enter the name of the public pension system, type of pension, date of entitlement, Pension Code or Number on Pension Certificate. If you are receiving more than one public pension, please attach the additional information.

If you are receiving one of the Mutual Aid pensions, please enter the name of the Mutual Aid Association under "Name of system".

- Section 2: Please indicate information about your spouse's benefit, if applicable, in the same manner indicated above.

・5. 1は申請者が日本国の公的年金制度等から老齢、障害又は死亡を支給事由とする年金を受給しているか又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、年金コード又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。

| 3. 子に関する情報 / Claimant's child(ren)                    |                                                                       |                        |                         |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------|
| ①氏名<br>Last name                                      | カタカナ / In Katakana letters                                            | ②氏名<br>First name      | ローマ字 / In Roman letters |
| ③性別<br>Sex                                            | 男 / Male <input type="checkbox"/> 女 / Female <input type="checkbox"/> | ④生年月日<br>Date of Birth | 年 / Y 月 / M 日 / D       |
| ⑤障害の状態にありますか / Child with disability                  | <input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No   |                        |                         |
| ⑥年収が850万円未満ですか<br>Annual income under 8.5 million yen | <input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No   |                        |                         |

  

| 4. 支払金融機関に関する情報 / Nomination of a financial institution to which benefits will be sent |                                                                     |                        |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------|
| ①銀行の名前<br>Name of Bank                                                                 | ②口座番号<br>Account Number                                             | ③氏名<br>First name      | ローマ字 / In Roman letters |
| ④支店又は支店名<br>Head office or Name of branch office                                       | ⑤支店<br>branch                                                       | ⑥生年月日<br>Date of Birth | 年 / Y 月 / M 日 / D       |
| ⑦障害の状態にありますか / Child with disability                                                   | <input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No |                        |                         |
| ⑧年収が850万円未満ですか<br>Annual income under 8.5 million yen                                  | <input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No |                        |                         |

  

| 5. 申請者が受給している日本国の公的年金に関する情報 / Japanese public pension which the claimant is claiming one? |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                               |                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| ①制度名<br>Name of System                                                                    | ②年金の種類<br>Type of Pension                                                                                            | ③受給を受けることとなった年月日<br>Date of Entitlement                                                                                                                                       | 年 / Y 月 / M 日 / D |
| ④年金コード又は年金証書の記号番号<br>Pension Code or Number on Pension Certificate                        | ⑤配偶者に対して日本国の公的年金を受給していますか<br>Is the claimant receiving a Japanese public pension or presently claiming one?          | ⑥老齢を支給事由とする年金 / Old Age Pension <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金 / Disability Pension <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金 / Survivors Pension <input type="checkbox"/> | 年 / Y 月 / M 日 / D |
| ⑦制度名<br>Name of System                                                                    | ⑧年金の種類<br>Type of Pension                                                                                            | ⑨受給を受けることとなった年月日<br>Date of Entitlement                                                                                                                                       | 年 / Y 月 / M 日 / D |
| ⑩年金コード又は年金証書の記号番号<br>Pension Code or Number on Pension Certificate                        | ⑪配偶者に対して日本国の公的年金を受給していますか<br>Is the claimant's spouse receiving a Japanese public pension or presently claiming one? | ⑫老齢を支給事由とする年金 / Old Age Pension <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金 / Disability Pension <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金 / Survivors Pension <input type="checkbox"/> | 年 / Y 月 / M 日 / D |

# Applicable public pension systems

- 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
- (Also Employees' Pension Insurance Law)[Law Concerning Mutual Aid Association for National Public Officials] after October 2015)
- E. Law concerning Mutual Aid Association for Local Public Officials
- (Also Employees' Pension Insurance Law)[Law Concerning Mutual Aid Association for Local Public Officials] after October 2015)
- F. Law concerning Mutual Aid for Private School Personnel
- (Also Employees' Pension Insurance Law)[Law Concerning Mutual Aid Association for Private School Personnel] after October 2015)
- 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。)
- 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。)
- 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 日本製鉄八幡共済組合
- 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

Please enter the corresponding number to each system, which is provided at the bottom of Section 6.

。い。關外の該當する年金制度の番号を記入してください。

Please enter the address. You must at least provide the name of the county, city or ward, if you do not know the details.

Some employees who are actually working in the Osaka branch office of a company may have been enrolled in the Employees' Pension Insurance (EPI) at the Branch Office of Japan Pension Service (Social Insurance Office) in Tokyo where the workplace's

Please do the same for workplaces of a Mutual Aid Association.

詳しくわからないときでも、都市区名までは記入してください。

- Please fill in your former name in this column, if your former name is different from your current name by marriage or other reason.

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

[illegible]

\_\_\_\_\_

6. 日本の保険加入期間に関する情報 / History of Coverage under Japanese pension systems

日本の公営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。

[illegible]

- Fill in the number as follows: "1" for National Pension, "2" for Employees' Pension Insurance (except Seaman's Pension Insurance and Mutual Aid Association), "3" for Employees' Pension (Seaman's) Insurance and "4" for Employees' Pension Insurance (Mutual Aid Association).
- When you fill in "4" for Employees' Pension Insurance (Mutual Aid Association), please write the name of Mutual Aid Association to which the site belonged.
- Please fill in your former name in this column, if your former name is different from your current name by marriage or other reason.

|                                                                                                        |                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①名称<br>Name of the<br>Workplace                                                                        |                                                                                                        |
| ②健康保険の被保険者の記号番号 (ほかにはない)<br>Code-number on your Employees' Health Insurance Certificate (if available) | ③健康保険の被保険者の記号番号 (ほかにはない)<br>Code-number on your Employees' Health Insurance Certificate (if available) |
| ④健康保険の被保険者の記号番号 (ほかにはない)<br>Code-number on your Employees' Health Insurance Certificate (if available) | ⑤健康保険の被保険者の記号番号 (ほかにはない)<br>Code-number on your Employees' Health Insurance Certificate (if available) |
| ⑥健康保険の被保険者の記号番号 (ほかにはない)<br>Code-number on your Employees' Health Insurance Certificate (if available) | ⑦健康保険の被保険者の記号番号 (ほかにはない)<br>Code-number on your Employees' Health Insurance Certificate (if available) |
| ⑧健康保険の被保険者の記号番号 (ほかにはない)<br>Code-number on your Employees' Health Insurance Certificate (if available) | ⑨健康保険の被保険者の記号番号 (ほかにはない)<br>Code-number on your Employees' Health Insurance Certificate (if available) |
| ⑩健康保険の被保険者の記号番号 (ほかにはない)<br>Code-number on your Employees' Health Insurance Certificate (if available) | ⑪健康保険の被保険者の記号番号 (ほかにはない)<br>Code-number on your Employees' Health Insurance Certificate (if available) |
| ⑫健康保険の被保険者の記号番号 (ほかにはない)<br>Code-number on your Employees' Health Insurance Certificate (if available) | ⑬健康保険の被保険者の記号番号 (ほかにはない)<br>Code-number on your Employees' Health Insurance Certificate (if available) |
| ⑭健康保険の被保険者の記号番号 (ほかにはない)<br>Code-number on your Employees' Health Insurance Certificate (if available) | ⑮健康保険の被保険者の記号番号 (ほかにはない)<br>Code-number on your Employees' Health Insurance Certificate (if available) |
| ⑯健康保険の被保険者の記号番号 (ほかにはない)<br>Code-number on your Employees' Health Insurance Certificate (if available) | ⑰健康保険の被保険者の記号番号 (ほかにはない)<br>Code-number on your Employees' Health Insurance Certificate (if available) |
| ⑱健康保険の被保険者の記号番号 (ほかにはない)<br>Code-number on your Employees' Health Insurance Certificate (if available) | ⑲健康保険の被保険者の記号番号 (ほかにはない)<br>Code-number on your Employees' Health Insurance Certificate (if available) |

In signing, you attest to the truth of the information given in the application.

You also authorise the Australian competent institution to provide to the Japanese competent institution information which may affect your entitlement to the Japanese benefits for which you are applying.

In addition, You authorise the Japanese competent institutions and Australian competent institution to exchange your personal information in its possession, on an ongoing basis, to enable correct assessment of your Australian pension.

下線部に署名してください。

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。

また、あなたはオーストラ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。

さらに、オーストラリア年金の裁定を正確に行うために、日本の実施機関およびオーストラリアの実施機関が継続的にその所有するあなたの個人情報と交換する権限を与えます。

7. 署名および同意 / Declaration and authorisation 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実かつ完全であることを宣言します。

私はオーストラリアの実施機関が有する本給付権に関する又は関わる可能性のある情報および交換を同機関が日本の実施機関に提供することを認めます。  
I declare that the information I have given in this form is true and complete. I authorise Australian competent institution to furnish to the Japanese competent institutions all information and documents which relate or could relate to this claim for benefits.

私は、私のオーストラリアの年金を正しく裁定できるように、日本の実施機関およびオーストラリアの実施機関が、継続的にその所有する情報を交換することに同意します。

I authorise the Japanese competent institutions and Australian competent institution to exchange any information in their possession, on an ongoing basis, to enable correct assessment of my Australian pension.

申請者の署名

Signature of claimant: