

Erklärungen zum Ausfüllen des Antrag auf eine Leistung aus der Staatlichen Pensionsversicherung / Pensionsversicherung der Angestellten

【国民年金・厚生年金保険裁定請求書 記入要領】

für Hinterbliebenenpension 死亡を支給事由とする年金給付

Die japanische Grundrentennummer oder Rentenbuch-Kennnummer steht auf der Benachrichtigung über die Grundrentennummer oder im Rentenbuch.

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。

Füllen Sie die Felder zu den Nummern 1-①, ② und 2-①, ②, ⑤ in „Katakana-Schrift“ und „Kanji-Zeichen“ aus.

1-①、②、2-①、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。

社会保障に関する日本国とオーストリア共和国との間の協定
SOZIALVERSICHERUNGSABKOMMEN ZWISCHEN JAPAN UND DER REPUBLIK ÖSTERREICH

国民年金・厚生年金保険裁定請求書(死亡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兼用)

Antrag auf eine Leistung aus der Staatlichen Pensionsversicherung / der
Pensionsversicherung der Angestellten
(für **Hinterbliebenenpension**)
(Auch Antrag auf eine Leistung der Pensionsversicherung der Angestellten bei der Vereinigung für gegenseitige Hilfeleistung)

※この請求書は、オーストリアの実施機関の窓口提出用です。
Dieser Antrag dient nur zur Vorlage beim zuständigen österreichischen
Träger.

日本の照会番号
Japanische Referenznummer

※日本保険者により記入される欄
Nur von japanischen
Verbindungsstellen auszufüllen

J/A 4 オーストリアー日

オーストリア実施機関記入欄
Referenznummer, wie vom
zuständigen österreichischen
Träger verwendet

受付日
Eingangsdatum beim zuständigen
österreichischen Träger

死亡者の日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号
Japanische Basisrentennummer oder Nummer im
Rentenhandbuch der verstorbenen Person

死亡者のオーストリアにおける社会保険番号
Österreichische Sozialversicherungsnummer der verstorbenen
Person

1. 死亡者に関する情報 / Verstorbene Person

①氏名 Familienname	ローマ字 / in lateinischer Schrift カタカナ / in Katakana-Schrift 漢字 / in Kanji-Zeichen	②名 Vorname	ローマ字 / in lateinischer Schrift カタカナ / in Katakana-Schrift 漢字 / in Kanji-Zeichen
③性別 Geschlecht	☐ 男 / männlich ☐ 女 / weiblich	④生年月日 Geburtsdatum	年 / J 月 / M 日 / T

2. 申請者に関する情報 / Antragstellende Person

①氏名 Familienname	ローマ字 / in lateinischer Schrift カタカナ / in Katakana-Schrift 漢字 / in Kanji-Zeichen	②名 Vorname	ローマ字 / in lateinischer Schrift カタカナ / in Katakana-Schrift 漢字 / in Kanji-Zeichen
③性別 Geschlecht	☐ 男 / männlich ☐ 女 / weiblich	④生年月日 Geburtsdatum	年 / J 月 / M 日 / T

⑤住所 Anschrift	ローマ字 / in lateinischer Schrift カタカナ / in Katakana-Schrift
------------------	--

⑥死亡者との関係 Beziehung zur verstorbenen Person	
⑦申請者の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Basisrentennummer oder Nummer im Rentenhandbuch der antragstellenden Person	
⑧申請者のオーストリアの社会保険番号 Österreichische Sozialversicherungsnummer der antragstellenden Person	
⑨電話番号 (国番号、エリアコードを含む) Telefonnummer mit Landes- und Ortsvorwahl	
⑩年収が850万円未満ですか Jahreseinkommen unter 8.5 Millionen Yen?	☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nein

Schreiben Sie das Geburtsdatum mit einer vierstelligen Jahreszahl der westlichen Zeitrechnung.
(Beispiel: 1955 12 15)

生年月日の年は、西暦4桁を記入してください。
(例: 1955年12月15日)

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. 申請者が現在受給している日本の公的年金に関する情報 / Japanese state pension, die die antragstellende Person bezieht 申請者は日本に日本の公的年金を年金として現在請求中ですか。 Bezieht oder beantragt die antragstellende Person derzeit eine japanische staatliche Pension? ☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nein				
① 申請者 Name des Pensionistsystems	② 支給を受けること なった年月日 Anspruchsdatum	年 / J	月 / M	日
③ 年金の種類 Art der Pension ☐ 老齢を支給する年金 / Alter ☐ 障害を支給する年金 / Invalidität ☐ 死亡を支給する年金 / Hinterbliebene				
④ 年金カード又は年金証書の記号番号 Pensionsversicherungscode oder Nummer auf dem Rentenzertifikat				

- 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 戦傷病者遺族等遺族等援護法

Wenn keine genauen Angaben möglich sind, schreiben Sie nur das Jahr und den Monat oder machen Sie Angaben wie z.B. „bis zum Sommer“ und die entsprechende Jahreszahl.

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。

-Die Versicherungszeiten tragen Sie bitte in zeitlicher Reihenfolge geordnet ein, beginnend mit dem ersten Eintritt des Verstorbenen in ein öffentliches japanisches Rentensystem.
-Falls sich während der Mitgliedschaft in der Volksrentenversicherung die Anschrift geändert hat, geben Sie zusätzlich zu den Anschriften auch die Zeiträume an, für die diese Anschriften gelten.
-Falls sich während der Mitgliedschaft in einer Rentenversicherung für Angestellte usw. Der Name oder die Anschrift des Betriebes geändert haben, oder falls der Betrieb gewechselt wurde, geben Sie für jeden Betrieb usw. den Namen, die Anschrift, den Zeitraum und das Rentensystem an, in dem eine Mitgliedschaft bestand.

- 加入期間は、死亡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、住所地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。

6. 死に者の日本の保険加入期間に関する情報 / Versicherungsverlauf der verstorbenen Person nach den japanischen Pensionssystemen

日本の公的年金制度の加入経緯を、できるだけ詳しく正確に記入してください。
Geben Sie den Versicherungsverlauf der verstorbenen Person in den japanischen staatlichen Rentensystemen so genau wie möglich an.

加入期間 (年/月/日) Versicherungszeiten von / 年/月/日 bis / 年/月/日	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 Name des Arbeitsplatzes oder des Reedeers, falls er/sie Besatzungsmitglied auf einem Schiff war (*)	事業所(船舶所有者)の所在地又は国民年金加入時の住所 Anschrift des Arbeitsplatzes oder des Reedeers oder Anschrift der verstorbenen Person, als er/sie bei der Staatlichen Pensionsversicherung angemeldet war (*)	加入していた年金制度の番号 Pensionssystem, bei dem er/sie versichert war	加入していた年金の氏名 Führender Name der verstorbenen Person, falls vorhanden (**)
/ / 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				

(*) 事業所の名称及び所在地を日本国外で記入する場合、可能な限り現務先で発行された書類や名刺等の写しを添付して下さい。

(**) 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。
③ 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をこの欄に記入してください。

(**) 船員等により、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。

(注) ① 日本の永住権又は日本の国籍を取得しているもしくは有している者は、永住権または日本国籍取得の通知書及びパスポートの写しを添付することにより、日本の法令に基づいた加入期間として認定することが出来る場合がありますのでご注意ください。

(*) Wenn Sie den Namen oder die Anschrift des Arbeitsplatzes in einer anderen Sprache als Japanisch angeben, legen Sie bitte nach Möglichkeit eine Kopie eines vom Arbeitgeber ausgestellten Dokuments oder eine Visitenkarte bei.

(**) Tragen Sie die Nummer folgendermaßen ein: „1“ für die Staatliche Pensionsversicherung, „2“ für die Pensionsversicherung der Angestellten (mit Ausnahme der Versicherung für Seelente und der Vereinigung für gegenseitige Hilfeleistung), „3“ für die Pensionsversicherung der Angestellten (Seelente) und „4“ für die Pensionsversicherung der Angestellten (Vereinigung für gegenseitige Hilfeleistung).
- Wenn Sie „4“ für die Pensionsversicherung der Angestellten (Vereinigung für gegenseitige Hilfeleistung) eintragen, geben Sie bitte den Namen der Vereinigung für gegenseitige Hilfeleistung an, der die Person angehörte.

(**) Bitte geben Sie in dieser Spalte den früheren Namen der verstorbenen Person an, falls dieser aufgrund von Heirat oder aus anderen Gründen vom derzeitigen Namen abweicht.

Anmerkung

- Wenn Sie ein Daueraufenthaltsrecht in Japan haben oder die japanische Staatsbürgerschaft besitzen, können die nach japanischem Recht erworbenen Versicherungszeiten anerkannt werden. Legen Sie dafür eine Kopie der Bescheinigung über den Erwerb des Rechts auf Daueraufenthalt in Japan oder eine Kopie des japanischen Staatsbürgerschaftsnachweises oder Ihres Reisepasses bei.

死亡者が退職後、個人で保険料を納める第四段階被保険者、船員保険の年金任意組合員被保険者となったことがありますか。 Was die verstorbene Person jemals eine nach Typ 4 in der Pensionsversicherung der Angestellten versicherte Person oder freiwillig ohne Unterbrechung nach der Seelenteversicherung versichert?	☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nein
① 被保険者の保険番号(番号) Versicherungsnummer (oder Versicherten-ID) der versicherten Person	
② 保険料を納めた期間 Zeiten, in denen Versicherungsbeiträge bezahlt wurden	年 / J 月 / M 日 / T 自 / von 至 / bis
③ 保険料を納めた年金事務所(名称) Name der Zweigstelle des japanischen Pensionsservice (des Sozialversicherungsträgers), bei dem die Versicherungsbeiträge einbezahlt wurden	
国民年金、厚生年金保険又は共済組合等の障害給付の受給権者で国民年金の任意加入をした方については、特別一時金を受けたことがありますか。 Wenn die verstorbene Person Invaliditätsleistungen aus der Staatlichen Pensionsversicherung, der Pensionsversicherung der Angestellten oder der Vereinigung für gegenseitige Hilfeleistung erhalten hat und freiwillig bei der Staatlichen Pensionsversicherung versichert war, hat sie eine einmalige Sonderzahlung erhalten?	☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nein
昭和36年4月1日から昭和47年5月14日までに在籍していたことがありますか。 Hat sich die verstorbene Person zwischen dem 1. April 1961 und dem 14. Mai 1972 in Okinawa aufgehalten?	☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nein

Tragen Sie die entsprechende Nummer des unter diesem Abschnitt aufgelisteten Rentensystems ein.
欄外の該当する年金制度の記号を記入してください。

Falls keine genauen Angaben bekannt sind, schreiben Sie den Namen des Kreises, der Stadt und des Bezirks.
Einzutragen ist der die örtliche Zuständigkeit für die Rentenversicherung begründende Sitz des Arbeitgebers. Falls Sie zum Beispiel in Osaka gearbeitet haben, für die Rentenversicherung Ihres Arbeitgebers aber einheitlich aufgrund des Hauptsitzes in Tokio das „Branch Office of Japan Pension Service“ (Social Insurance Office) Tokio zuständig war, tragen Sie die Anschrift des Hauptsitzes Ihres Arbeitgebers in Tokio ein.
詳しくわからないときでも、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)に届け出ていたようなときは、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。

Tragen Sie den Namen so ein, wie er bei Ihrem Eintritt in die Versicherung dem „Branch Office of Japan Pension Service“ (Social Insurance Office) gemeldet wurde.
Schreiben Sie nicht nur den Firmennamen, sondern auch den Namen des Zweigbetriebes, der Zweigstelle, des Zweigbüros, Geschäftsbüros oder des Werkes, wie z. B. „Firma A AG, Zweigstelle Tokio“.
Für genossenschaftliche Vereinigungen füllen Sie die Felder auf die gleiche Weise aus. Falls bekannt schreiben Sie die japanischen Namen.
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。

Zum Ausfüllen von bis in Abschnitt 7 auf dem Totenschein usw. nachschauen.

7. ①から7. ⑤については、死亡診断書等で確認して記入してください。

7. 死亡を支給事由とする年金に関する情報 / Angaben für einen Antrag auf Invaliditätsleistungen											
①死亡年月日 / Datum des Ablebens				年 / J		月 / M		日 / T			
②死亡の原因である疾病又は負傷の名称 Bezeichnung der Erkrankung/Verletzung, die zum Tod führte											
③疾病又は負傷の発生した日 Beginn der Erkrankung/Verletzung				年 / J		月 / M		日 / T		④疾病又は負傷の初診日 Datum der ersten ärztlichen Untersuchung	
⑤死亡の原因である疾病又は負傷の発生原因 Ursache der Erkrankung/Verletzung, die zum Tod führte											
⑥死亡の原因は第三者行為によりですか? Wurde der Tod von einem Dritten verursacht?				☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nein		⑦申請を行うものは死亡者の相続人になりますか? Ist der Antragsteller ein gesetzlicher Erbe der verstorbenen Person?				☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nein	
⑧死亡者は次の年金制度の被保険者、組合員又は加入者となっていましたか。あるときは番号を○で囲んでください。 Was die verstorbene Person jemals bei einem Staatlichen Pensionssystem versichert? Falls ja, kreisen Sie bitte die Nummer der zutreffenden Systeme unten ein.				☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nein							
1. 国民年金法 / Staatliches Pensionsgesetz 2. 厚生年金保険法 / Pensionsversicherungsgesetz der Angestellten 3. 船員保険法 (1986年4月以後を除く) / Seeluteversicherungsgesetz (nur vor April 1986) 4. 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) / Gesetz über die Vereinigung für gegenseitige Hilfeleistung an nationale Beamte (ab Oktober 2015 auch Gesetz über die Pensionsversicherung der Angestellten [Gesetz über die Vereinigung für gegenseitige Hilfeleistung an nationale Beamte]) 5. 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 (地方公務員等共済組合法) を含む) / Gesetz über die Vereinigung für gegenseitige Hilfeleistung an regionale Beamte (ab Oktober 2015 auch Gesetz über die Pensionsversicherung der Angestellten [Gesetz über die Vereinigung für gegenseitige Hilfeleistung an regionale Beamte]) 6. 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) / Gesetz über die Vereinigung für gegenseitige Hilfeleistung an das Personal von Privatschulen (seit Oktober 2015 auch Gesetz über die Pensionsversicherung der Angestellten [Gesetz über die Vereinigung für gegenseitige Hilfeleistung an das Personal von Privatschulen]) 7. 廃止前の農林漁業団体職員共済組合法 / Gesetz über die Vereinigung für gegenseitige Hilfeleistung an Beschäftigte in landwirtschaftlichen, forstwirtschaftlichen und fischereiwirtschaftlichen Betrieben (bis zu seiner Aufhebung geltendes Gesetz) 8. 旧市町村職員共済組合法 / Gesetz über die Vereinigung für gegenseitige Hilfeleistung an Bedienstete der Gemeinden 9. 地方公務員の退職年金に関する条例 / Verordnung der lokalen Regierung über die Ruhestandspension für kommunale Beamte 10. 恩給法 / Gesetz über die Pensionen für öffentlich Bedienstete 11. その他 / andere ()											
⑨死亡者は⑧の年金制度の年金を受給していましたか。受給していたときは、下欄に記入してください。 Hat die verstorbene Person eine Pension aus einem der oben unter ⑧ genannten Pensionssysteme erhalten? Falls ja, bitte unten ausfüllen.				☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nein							
制度名 Name des Pensionssystems											
年金コード又は年金証書の番号 Pensionsversicherungscode oder Nummer auf dem Rentenzertifikat											
⑩死亡の原因は業務上ですか? Ist die Todesursache ein Arbeitsunfall?				☐ はい / Ja		☐ いいえ / Nein					
⑪労災保険から給付が受けられますか? Hat die antragstellende Person Anspruch auf Leistungen aus dem System der Arbeitsunfallversicherung?				☐ はい / Ja		☐ いいえ / Nein					
⑫労働基準法による遺族補償が受けられますか? Hat die antragstellende Person Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen aus dem Arbeitsschutzgesetz?				☐ はい / Ja		☐ いいえ / Nein					

Ausfüllen, wenn es eine oder mehrere Personen mit gleichem Rang in der Rangordnung gibt.

同順位の方がいる場合に、記入してください。

(Hinweis) Rangordnung

- Ehepartner
Kind im Alter von weniger als 18 Jahren
(20 Jahren, wenn ein gesetzlich bestimmter Grad der Behinderung vorliegt)
- Elternteil im Alter von mindestens 55 Jahren
- Enkelkind im Alter von weniger als 18 Jahren
(20 Jahren, wenn ein gesetzlich bestimmter Grad der Behinderung vorliegt)
- Großelternteil im Alter von mindestens 55 Jahren

(参考) 順位

- 配偶者
18歳未満(法で定められた一定の等級の障害のある20歳未満)の子
- 55歳以上の父母
- 18歳未満(法で定められた一定の等級の障害のある20歳未満)の孫
- 55歳以上の祖父母

8. 代表者選出に関する情報 / Benennung der Vertretungsperson bei mehreren Antragsberechtigten
 ※2015年9月30日以前に就労が途絶した遺族年金を請求する場合に記入してください。国民年金や厚生年金保険の遺族年金を請求される方は記入不要です。
 * Dieser Abschnitt ist für die Person bestimmt, die einen Antrag auf Hinterbliebenenpension aus der Vereinigung für gegenseitige Hilfeleistung stellt.
 Füllen Sie die untenstehenden Felder aus, wenn Sie vor dem 30. September 2015 Anspruch auf eine Hinterbliebenenpension der Vereinigung für gegenseitige Hilfeleistung hatten. Wenn Sie eine Hinterbliebenenpension aus der Staatlichen Pensionsversicherung oder der Pensionsversicherung der Antragsteller beantragen, müssen Sie die Felder nicht ausfüllen.

請求代表者の氏名 Name der Vertretungsperson	ローマ字 / in lateinischer Schrift カタカナ / in Katakana-Schrift	請求代表者の生年月日 Geburtsdatum der Vertretungsperson	年 / J	月 / M	日 / T
請求代表者の住所 Anschrift der Vertretungsperson	請求代表者の死亡との関係 Beziehung der Vertretungsperson zur verstorbenen Person				
上記の者を請求代理人とします。 Wir ernennen die oben genannte Person als unsere Vertretungsperson.					
氏名 Name	ローマ字 / in lateinischer Schrift カタカナ / in Katakana-Schrift	生年月日 Geburtsdatum	年 / J	月 / M	日 / T
住所 Anschrift	死亡との関係 Beziehung zur verstorbenen Person				
氏名 Name	ローマ字 / in lateinischer Schrift カタカナ / in Katakana-Schrift	生年月日 Geburtsdatum	年 / J	月 / M	日 / T
住所 Anschrift	死亡との関係 Beziehung zur verstorbenen Person				
氏名 Name	ローマ字 / in lateinischer Schrift カタカナ / in Katakana-Schrift	生年月日 Geburtsdatum	年 / J	月 / M	日 / T
住所 Anschrift	死亡との関係 Beziehung zur verstorbenen Person				
氏名 Name	ローマ字 / in lateinischer Schrift カタカナ / in Katakana-Schrift	生年月日 Geburtsdatum	年 / J	月 / M	日 / T
住所 Anschrift	死亡との関係 Beziehung zur verstorbenen Person				
氏名 Name	ローマ字 / in lateinischer Schrift カタカナ / in Katakana-Schrift	生年月日 Geburtsdatum	年 / J	月 / M	日 / T
住所 Anschrift	死亡との関係 Beziehung zur verstorbenen Person				

9. 署名 / Erklärung der antragstellenden Person
 私は、私の知る限りにおいて、本申請書に記載された情報と真正かつ完全であることを宣誓します。私はオーストリアの実施機関が有する本給付申請に関する文には開示可能な情報及び文書を有権者が日本の実施機関に提供することを認めます。
 Ich erkläre, dass die Angaben, die ich auf diesem Formular gemacht habe, der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. Ich ermächtige den zuständigen Träger in Österreich, den zuständigen Trägern in Japan alle Informationen und Dokumente zur Verfügung zu stellen, die in Zusammenhang mit diesem Leistungsantrag stehen oder stehen könnten.
 申請者の署名
 Unterschrift der antragstellenden Person

Unterschreiben Sie auf der Linie.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie der Antragsteller sind, und dass die von Ihnen gegebenen Informationen der Wahrheit entsprechen.

Ferner ermächtigen Sie den zuständigen Österreichischen Träger dem zuständigen japanischen Träger Daten zu übermitteln, die zur Prüfung des Bezugs der von Ihnen beantragten japanischen Renteleistung erforderlich sind.

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。

あなたはオースト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る情報を日本の実施機関に提供する権限を与えます。