

Guia para Preenchimento Formulário de Solicitação BR/JP-01 / ブラジル年金請求書・保険期間確認請求書記入要領

Deverá ser preenchido com o número do expediente pelo organismo de ligação brasileiro.

ブラジル連絡機関が、その整理番号を記入する欄。

Campo 1 - Dados relativos ao segurado. Favor preencher com letras maiúsculas (de forma legível).

被保険者に関する情報。大文字（読みやすい文字）で記入して下さい。

Informar o número da seguridade social brasileira. Se for trabalhador empregado, informar o PIS/PASEP. Se for trabalhador autônomo, informar o NIT, número de identificação do trabalhador (número do carnê de contribuinte individual). Se possui os dois, poderá informar os dois números.

ブラジルの社会保険番号を記入して下さい。被用者である場合はPIS/PASEPを、自営業者の場合は労働者識別番号NIT（個人納付者手帳の番号）を記入すること。どちらも持っている場合は、両方記入すること。

BR/JP-01

Acordo de Previdência Social entre a República Federativa do Brasil e o Japão
社会保険に関するブラジル連邦共和国と日本国との間の協定
Formulário de Solicitação
請求書

Data da Solicitação/請求年月日

--	--	--	--	--	--

carimbo de recebimento por parte da instituição competente do Japão / Brasil
日本およびブラジル実施機関の受付印

Este formulário deve ser apresentado à Instituição competente no Japão / Brasil - この請求書は、日本およびブラジルの実施機関の窓口提出用です。

Número do Expediente/整理番号	Aposentadoria por Idade / 老齢給付
Brasil-ブラジル	Aposentadoria por Invalidez / 障害給付
	Pensão por Morte / 遺族給付
	Periodo Contributivo / (ブラジルの)保険期間請求

1 - DADOS RELATIVOS AOS SEGURADO / 被保険者情報

Nome e sobrenome / 氏名 (em Romano/ローマ字)

Nome e sobrenome / 氏名 (em Kanjis/漢字)

Nome da Mãe / (被保険者の出生時の)母親の氏名

CPF / 納税者台帳番号

Dados do Nascimento / 出生に関する情報

Cidade de Nascimento/出生した市町村

Estado/都道府県

País/国名

Data / 生年月日(日/月/西暦) ____/____/____

Sexo/性別

Masc. 男性 ☐

Fem. 女性 ☐

Nacionalidade / 国籍

Estado Civil / 婚姻の状態

Solteiro/單身 ☐

Casado/既婚 ☐

Vitório/死別 ☐

Divorciado/離婚 ☐

Separado/別居 ☐

Certidão apresentada que comprova o estado civil / 上記婚姻の状態を明らかにすることを証する書類

Documento brasileiro/ ブラジル国籍の方が 用意する書類	Cartório/ (書類を発行した)公証役場	Livro/台帳番号	Folha/葉集(ページ)	Data de Expedição/発行日 (日/月/西暦)	Nº do Documento/ 文書番号
Documento japonês/ 日本国籍の方が 用意する書類	Governos Municipais / (書類を発行した)市町村			Data de Expedição / 発行日(日/月/西暦)	

Documento de Identidade- Tipo / 身分証明書類の種類

Data de Expedição / 発行日(日/月/西暦)

Número / (身分証明書類に記載している)番号

País de Expedição / 発行国

Brasil/ブラジル

Japão/日本

Nº de Inscrição/登録番号

Brasil/NIT/ブラジル労働者識別番号

Japão: Número de Pensão Japonesa / 日本: 基礎年金番号

Dados Residência / 現住所に関する情報

País/国

CEP/郵便番号

Estado/都道府県

Cidade/市町村

Preenchimento de responsabilidade do Organismo de Ligação. Neste campo deve-se indicar a data da solicitação do benefício no formato dia mês e ano (dd/mm/aaaa).

連絡機関の責任において記入。この欄には、日月年（日/月/年）の形式で給付請求年月日を記入する。

Informe o "Tipo de benefício solicitado", marcando com a letra "X".

「請求する給付の種類」を「X」で示して下さい。

Preencha o campo com os dados do documento de identificação da pessoa emitido no Japão, tais como identidade, passaporte ou carteira de habilitação.

日本で発行された身分証明書類、例えば身元証明書、パスポート、運転免許書等の情報について記入してください。

Campo 2 - Preencher apenas em caso de solicitação de pensão por morte.

遺族年金請求の場合のみ記入して下さい。

Informar o tipo e o número do benefício recebido no Brasil (se tiver).

ブラジルで受給している給付（もしあれば）の種類と番号を記入して下さい。

Campo 2 B - Preencher com os dados do solicitante em caso de pensão por morte.

遺族年金請求の場合、申請者の情報を記入して下さい。

Bairro/町名		Logradouro / 通りの名前、番地等	
E-mail / E メールアドレス		Telefone / 電話番号	

2 - INFORMAR EM CASO DE PENSÃO POR MORTE DO SEGURADO / 被保険者の遺族年金を受ける場合の必要事項

A) Dados do Óbito / Existência de Benefícios Anteriores / 死亡および過去の給付に関する情報

Data do Óbito / 死亡年月日 (日/月/西暦)		Lugar do Óbito / 死亡した場所 (死亡場所と死亡した国)	
Documento brasileiro / ブラジル国籍者の方が用意する書類	Nº da Certidão de Óbito ou do Registro de Família / 遺族の死亡証明書番号	Cartório/書類を発行した公証役場	Livro/台帳番号
Documento japonês/ 日本国籍者の方が用意する書類	Nome do Hospital/ 病院名	Nome do Médico/ 医師名	Agência Administrativa/ 行政機関
Causa do Óbito / 死因:		Data de Expedição/ 発行日	
Doença Comum / 一般疾患	Acidente de Trabalho / 職務上の事故	Doença Profissional / 職業性の疾患	Acidente de Qualquer Natureza / 事故全般
Era Titular de um Benefício brasileiro / ブラジル年金の受給者である		☐ Sim / はい ☐ Não / いいえ	
Havia Solicitado um Benefício brasileiro/ ブラジル年金を申請中である		☐ Sim / はい ☐ Não / いいえ	
Nº do Benefício brasileiro / (ブラジル年金を受給中であれば) ブラジル年金の番号			

B) Dados Relativos ao Solicitante em Caso de Pensão por Morte / 遺族年金を受ける場合の申請者情報

Nome e sobrenome / 氏名 (em Romano/ローマ字)			
Nome e sobrenome / 氏名 (em Kanjis/漢字)			
Nome da Mãe / (申請者の出生時の) 母親の氏名		CPF / 納税者台帳番号	
Dados do Nascimento / 出生に関する情報			
Cidade de Nascimento/ 出生した市町村		Estado/ 都道府県	
Data / 生年月日 (日/月/西暦)		Sexo/ 性別	
		Masc. 男性 ☐ Fem. 女性 ☐	
Nacionalidade / 国籍			
Estado Civil / 婚姻の状態			
Solteiro/ 単身 ☐ Casado/ 既婚 ☐ Viúvo/ 死別 ☐ Divorciado/ 離婚 ☐ Separado/ 別居 ☐			
Certidão apresentada que comprova o estado civil. 上記婚姻の状態を明らかにすることを証する書類			
Documento brasileiro/ ブラジル国籍者の方が用意する書類	Cartório/ (書類を発行した) 公証役場	Livro/ 台帳番号	Folha/ 帳簿 (ページ)
Documento japonês/ 日本国籍者の方が用意する書類	Governos Municipais / (書類を発行した) 市町村		Data de Expedição / 発行日 (日/月/西暦)
Documento de Identidade- Tipo / 身分証明書類の種類	Data de Expedição / 発行日 (日/月/西暦)	Número/ (身分証明書類に記載している) 番号	País de Expedição / 発行国
		Brasil/ ブラジル	
		Japão/ 日本	
Nº de Inscrição/ 登録番号	Brasil NIT/ ブラジル労働者識別番号		Japão: Número de Pensão Japonesa / 日本: 基礎年金番号
Dados Residência / 現住所に関する情報			
País/ 国		CEP/ 郵便番号	
Estado/ 都道府県		Cidade/ 市町村	
Bairro/ 町名		Logradouro / 通りの名前、番地等	
E-mail / Eメールアドレス		Telefone / 電話番号	

Esclarecimentos de acordo com a legislação brasileira

1. O início do benefício de pensão por morte será na data da solicitação, exceto se for requerido até 30 dias da data do óbito. Neste caso iniciará a partir da data do óbito.
2. Os dependentes que podem requerer pensão são: o cônjuge, filhos menores de 21 anos. Pai e Mãe se o segurado for solteiro e não tiver filhos. Neste caso se os pais forem requerer pensão do segurado é necessário apresentar 3 provas de dependência econômica.
3. Certidão de óbito do segurado, certidão de casamento para o cônjuge e ou certidão de nascimento para os filhos menores de 21 anos (se tiver) são documentos obrigatórios na solicitação da pensão.

ブラジルの法律に基づく説明

1. 遺族年金給付は申請の日より開始される。ただし、死亡日から30日以内に申請された場合を除く。この場合は、死亡日から開始される。
2. 年金を請求できる被扶養者は：配偶者、21歳未満の子である。被保険者が未婚で子の内場合は、父親と母親。この場合、両親が被保険者の年金を請求するには、扶養の事実を証明するものを3種類提出する必要がある。
3. 被保険者の死亡証明書、配偶者の婚姻証明書ならびに、あるいは21歳未満の子（あれば）の出生証明書は、年金請求において提出が義務づけられた書類である。

C) Dados Relativos aos Familiares e Assemelhados (dependentes) do Segurado /被保険者の家族(または被扶養者)に関する情報

Nome e sobrenome /氏名 em Romano na linha 1 e em Kanjis na linha 2 / 1の欄にはローマ字、2の欄には漢字で記入してください。	Data de Nascimento/ 生年月日 (日/月/西暦)	Tipo de documento no campo 1, n° no campo 2 e País Emissor no campo 3. 1の欄には身分証明書類、2の欄には当該書類の番号、 3の欄には当該書類を発行した国名を記入してください。	Dependência Econômica. Sim (S) ou /Não (N)* 経済的に扶養されているかの有無。 「はい」の場合は「S」、 「いいえ」の場合は「N」。	Parentesco/ 続柄	Incapacitado. Sim (S) ou /Não (N) ** 障害の状態でいるかの有無。 「はい」の場合は「S」、 「いいえ」の場合は「N」。
1		1	2		
2		3			
1		1	2		
2		3			
1		1	2		
2		3			
1		1	2		
2		3			
1		1	2		
2		3			
1		1	2		
2		3			

* para hipótese de companheira (o) e ascendentes (pais) /パートナーおよび両親の場合

** caso a resposta seja sim deverá ser apresentado o formulário BR/JP-03 por todos os dependentes que se

declarem inválidos. Para os filhos ou irmãos maiores de 21 anos a apresentação do formulário acima citado será

obrigatória (はいと答えた場合、障害があると申請された被扶養者全員についてBR/JP-03の書式を提出しなければならない)。

21歳以上の子あるいは兄弟については、上記の書式の提出は義務である。

3 – DADOS RELATIVOS AO PROCURADOR OU REPRESENTANTE LEGAL (se for o caso) /法定代理人情報 (該当する場合)

Nome e sobrenome /氏名(em Romano/ローマ字)			
Nome e sobrenome /氏名 (em Kanjis/漢字)			
Nº de Inscrição/登録番号	Brasil: NIT/ブラジル労働者識別番号	Japão: Número de Pensão Japonês / 日本基礎年金番号	
Dados Residência / 現住所に関する情報			
País/国:	CEP/郵便番号:	Estado/都道府県:	Cidade/市町村:
Bairro/町名		Logradouro /通りの名前、番地等	
E-mail / Eメールアドレス		Telefone / 電話番号:	
Tipo de Documento/ (法定代理人であることを証明する)文書の種類	Data de Expedição/発行日 (日/月/西暦)	Número/(法定代理人であることを証明する文書に記載している)番号	País de Expedição / 発行国
			Brasil/ブラジル
			Japão/日本

Campo 2C- Preencher com informações dos dependentes do segurado: cônjuge, filhos menores de 21 anos (se tiver). Para o segurado solteiro sem filhos, preencher com os dados dos pais.

被保険者の被扶養者（配偶者、21歳未満の子（あれば））に関する情報を記入して下さい。未婚で子のない被保険者については、両親の情報を記入すること。

Campo 3 - Preencher se a solicitação for apresentada por procurador ou representante legal (filhos menores de 16 anos, tutor ou curador).

申請が代理人ないし法定代理人によって提出される場合（16歳未満の子、後見人又は管財人）に記入して下さい。

Campo 6 - Informar o período e local trabalhado (empregado ou autônomo). Se você não tem certeza das datas específicas, coloque o máximo de informações que você souber, tais como o mês ou temporada. Ex. verão do ano xxxx.

就労期間と就労場所(被用者あるいは自営業者)を記入して下さい。詳しい日付が分からなければ、月や季節など分かる限りの情報を記入して下さい。例: 何年の夏

4 – DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES NO BRASIL JAPAO E OUTROS PAÍSES / ブラジル、日本およびその他の国における就業活動明細

Empresa ou local onde exerce atividade / 企業または自営活動を行った場所	Nº de Identificação/ 識別番号(CNPJ(全国法人台帳番号又はCPF(納税者番号)を記載してください。)	País/ 国名	* Atividade e Sistema de pensão/ regime de Previdência a que estava coberto.. 就業履歴および加入していた年金制度を記載してください。	Periodos 期間		** Marque com "X" se periodo filiação sujeito à validação da legislação japonesa. 日本の法令の証明を受ける加入期間は"X"を記載してください。
				Desde / 自 (日/月/西暦)	Até / 至 (日/月/西暦)	
			/	__/__/__	__/__/__	
			/	__/__/__	__/__/__	
			/	__/__/__	__/__/__	
			/	__/__/__	__/__/__	
			/	__/__/__	__/__/__	
			/	__/__/__	__/__/__	
			/	__/__/__	__/__/__	
			/	__/__/__	__/__/__	
			/	__/__/__	__/__/__	

* Para efeito da legislação japonesa, informar o local onde foram efetivadas as contribuições /日本の法律に基づいて保険料納付が行われた期間について記入してください。

** Se você possui ou possuía o direito de residência permanente no Japão ou se naturalizou ou possuía a nacionalidade japonesa, anexe a cópia do documento que comprove o fato e do passaporte para validar o referido período como período de filiação pela legislação japonesa. Se o solicitante estiver no Brasil, deverá preencher o formulário JP/BR01C. /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た者は、日本の法令に基づいて加入期間として認定するために、永住権または日本国籍取得の証明書およびパスポートの写しを添付すること。申請者がブラジルに在住している場合はJP/BR01C様式を記入すること。

Informar o banco e o número da conta corrente (do solicitante ou do representante legal se for menor de 16 anos).

(申請者あるいは16歳未満の場合は法定代理人の)銀行と預金口座を記入して下さい。

6 – DADOS BANCÁRIOS PARA RECEBIMENTO DE BENEFÍCIO / 給付を受けるための口座情報

Preencha o campo A caso deseje receber o benefício no Japão ou o campo B se deseja receber o benefício no Brasil.
日本で給付を受ける場合はA欄を、ブラジルで給付を受ける場合はB欄に記入してください。

A) – DADOS BANCÁRIOS PARA RECEBIMENTO DE BENEFÍCIO NO JAPÃO / 日本で給付を受けるための口座情報

Nome do Banco / 銀行名 _____
Número do Banco / 金融機関コード _____
Código SWIFT / スウィフトコード _____
Nome de Sede ou da Agência Bancária / 本店または支店名称 _____
Número da Agência Bancária / 支店番号 _____
Endereço / 銀行の住所 _____
Número da Conta Bancária / 銀行口座番号 _____

Preencha o campo A caso deseje receber o benefício no Japão ou o campo B se deseja receber o benefício no Brasil.
日本で給付を受ける場合はA欄を。ブラジルで給付を受ける場合はB欄に記入して下さい。

B) – DADOS BANCÁRIOS PARA RECEBIMENTO DE BENEFÍCIO NO BRASIL / ブラジルで給付を受けるための口座情報

Nome do Banco / 銀行名 _____
Número do Banco / 金融機関コード _____
Código SWIFT / スウィフトコード _____
Número da Agência Bancária / 支店番号 _____
Número da Conta Bancária / 銀行口座番号 _____

Data / 日付 (日/月/西暦): ____/____/____

Eu declaro que as informações constantes desta solicitação são verdadeiras, completas e de meu conhecimento. Autorizo a Instituição Competente Japonesa fornecer às instituições competentes brasileiras todas as informações e documentos que se relacionam a este requerimento de benefícios.

私は、本申請書に記載された情報は真正かつ完全であり、私の知るところであることを宣言します。
私は日本の実施機関がブラジルの実施機関に対し本給付申請に関わるすべての情報および文書を提供することを認めます。

Assinatura do requerente / 申請者の署名 _____

O segurado deverá assinar neste campo e abaixo do termo de responsabilidade.

被保険者は、この場所と免責事項の下
の場所に署名しなければなりません。

A Preencher para Efeitos da Legislação Brasileira em Caso de Pensão por Morte/ ブラジルの法律に基づいて遺族年金を受ける場合、署名をすること。

No caso de benefício da legislação brasileira, pensão por morte assinar o seguinte termo de responsabilidade:
Pelo presente Termo de Responsabilidade declaro estar ciente de que a ocorrência de óbito ou emancipação de dependentes deverá ser comunicada ao INSS no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data em que o mesmo ocorrer, mediante apresentação da respectiva certidão. A falta do cumprimento do compromisso ora assumido ou de qualquer declaração falsa, além de obrigar a devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-ei às penalidades previstas no art. 171 e 299 do Código Penal.

ブラジルの法律に基づいて遺族年金を受ける場合、下記の免責事項に署名すること。
私は本免責事項に署名したうえで、被扶養者の死にまたは独立があった際には各証明書により、それが発生した日付から 30 日以内にINSS(社会保険院)に報告しなければならないことについて認識していることを表明します。本書順守の不履行または虚偽の申告の場合、不正に受給した金額の返還の義務を負うのみならず、刑法第 171 条および第 299 条に規定される罰則を受けます。

Local e Data/所在地および日付(日/月/西暦): ____/____/____
Assinatura/署名: _____