

# 社会保障に関する日本国とカナダとの間の協定

AGREEMENT BETWEEN JAPAN AND CANADA ON SOCIAL SECURITY

## 保険期間確認請求書

## Claim for Verifying Periods of Coverage

CAN/J 4 カナダ→日

カナダ実施機関記入欄  
Used by the Canadian competent institution

※この請求書は、カナダ人的資源・社会開発省の窓口提出用です。

This claim form is only for submission to International Operations of Canada.

日本の照会番号  
Japanese reference number

※日本保険者により記入される欄  
To be completed only by Japanese liaison agencies

受付日が入ったスタンプ /  
Date-stamp received at the Canadian competent institution

日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号  
Japanese Basic Pension Number or Number on Pension Handbook

カナダ社会保険番号  
Canadian Social Insurance Number

### Reason for the claim / 請求書作成事由

☐

Japanese periods of coverage were found upon filing a claim for a Canadian Old Age Security or Canada Pension Plan benefit. (Article 6 of the Agreement) I authorize the Japanese competent institution to furnish them to Human Resources and Social Development of Canada. カナダ年金申請時に相手国期間が判明したことによる。(協定第6条)日本の実施機関がカナダ人的資源・社会開発省へ当該情報を提供することに同意します。

☐

Other than above (Specify) / 上記以外の場合(使用する目的を下記に記入してください。)

### 1. Insured Person / 被保険者に関する情報

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

### 2. Claimant / 申請者に関する情報

①Last name 氏	in Roman letters / ローマ字			③First name 名	in Roman letters / ローマ字	
	in Katakana letters / カタカナ		in Kanji letters / 漢字		in Katakana letters / カタカナ	
③Date of birth 生年月日	Y/年	M/月	D/日	④Sex 性別	<input type="checkbox"/> Male/男 <input type="checkbox"/> Female/女	⑤Telephone number including country and area code 電話番号 (国番号、エリアコードを含む)
⑥Address 住所	in Roman letters / ローマ字					⑦Relationship to the deceased person 続柄
	in Katakana letters / カタカナ					

### 3. Periods of coverage under the Japanese pension systems / 日本の保険加入期間に関する情報

Fill in your or the deceased person's detailed history of coverage under the Japanese public pension systems as accurately as possible.

日本の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。

Period of coverage 加入期間 (年/月/日) From Y / M / D To Y / M / D	Name of the workplace or shipowner in case you were or the deceased person was a crew member on board a ship / 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	Address of workplace or shipowner, or your or the deceased person's address when you were or he/she was enrolled in the National Pension / 事業所 (船舶所有者) の所在地又は国民年金加入時 の住所	Pension system under which you were or the deceased person's was covered (*) 加入していた年 金制度等 (注)
/ / 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			
/ / 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			

(注)

- 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。
- 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もこの欄に記入してください。
- 婚姻等により、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。

(\*)

- Fill in the number as follows: "1" for National Pension, "2" for Employees' Pension Insurance (except Seaman's Insurance and Mutual Aid Association), "3" for Employees' Pension (Seamen'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 he/she belonged.
- Please fill in you or the deceased person's former name in this column, if you or his/her former name is different from current name by marriage or their reason.

### 4. Declaration of claimant / 署名

I declare that the information I have given in this form is true and complete. I authorize the Canadian competent institution to furnish to the Japanese competent institutions all information and documents which relate or could relate to this claim benefits.

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正かつ完全であることを宣誓します。私はカナダの実施機関が有する本給付申請に関わる又は関わる可能性のある情報および文書を同機関が日本の実施機関に提供することを認めます。

申請者の署名

Signature of Claimant \_\_\_\_\_