

# 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

国民年金・厚生年金保険裁定請求書(老齢、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兼用)

Claim for National Pension / Employees' Pension Insurance  
(For Old Age / Disability Pension)

(Also claim for Employees' Pension Insurance to  
Mutual Aid Association)

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

受付日が入ったスタンプ  
Date-stamp received at 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

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

申請のあった給付の種類 / Type of benefits claimed

☐ 老齢を支給事由とする年金 / Old age

☐ 障害を支給事由とする年金 / Disability

## 1. 申請者に関する情報 / Claimant

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

## 2. 配偶者に関する情報 / Claimant's spouse

①氏 Last name	ローマ字 / in Roman letters		②名 First name	ローマ字 / in Roman letters	
	カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters		カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters
③性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 / Male <input type="checkbox"/> 女 / Female		④生年月日 Date of birth	年 / Y      月 / M      日 / D	
⑤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				<div></div>	
⑥年収が850万円未満ですか Annual income under 8.5 million yen				<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No	

3. 子に関する情報 / Claimant's child(ren)					
1	①氏 Last name	ローマ字 / in Roman letters		②名 First name	ローマ字 / in Roman letters
		カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters		カタカナ / in Katakana letters
	③性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 / Male <input type="checkbox"/> 女 / Female		④生年月日 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 Annual income under 8.5 million yen		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No			
2	①氏 Last name	ローマ字 / in Roman letters		②名 First name	ローマ字 / in Roman letters
		カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters		カタカナ / in Katakana letters
	③性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 / Male <input type="checkbox"/> 女 / Female		④生年月日 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 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 Name of bank			③口座番号 Account number
②本店又は支店名 Head office or name of branch office	<input type="checkbox"/> 本店 / Head office <input type="checkbox"/> _____ 支店 / branch	④銀行の住所 Address of bank	ローマ字 / in Roman letters

5. 現在、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 receiving			
申請者は既に日本国の公的年金を受給していますか。 Is the claimant receiving a Japanese public pension or presently claiming one?		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No	
①制度名 Name of system		③支給を受けることとなった年月日 Date of entitlement	年 / Y 月 / M 日 / D
②年金の種類 Type of pension	<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金/Old age <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金/Disability <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金/Survivors		
④年金コード又は年金証書の記号番号 Pension Code or Number on Pension Certificate			
配偶者は既に日本国の公的年金を受給していますか。 Is the claimant's spouse receiving a Japanese public pension or presently claiming one?		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No	
①制度名 Name of system		③支給を受けることとなった年月日 Date of entitlement	年 / Y 月 / M 日 / D
②年金の種類 Type of pension	<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金/Old age <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金/Disability <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金/Survivors		
④年金コード又は年金証書の記号番号 Pension Code or Number on Pension Certificate			



## 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。

Fill in your detailed history of coverage under the Japanese public pension systems as accurately as possible.

加入期間(年/月/日) Period of coverage From Y/M/D To Y/M/D	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 of the workplace or shipowner in case you were a crew member on board a ship	事業所(船舶所有者)の所在地又は国民年金加入時 の住所 / Address of the workplace or shipowner, or your address when you were enrolled in the National Pension	加入していた年金制度(注) Pension system under which you were covered(*)
/ / 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。また、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," Employees' Pension Insurance (Mutual Aid Association), please write the name of the Mutual Aid Association to which you 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.

最後に勤務した事業所又は現在勤務している事業所について About the workplace of your latest employment under the Japanese pension systems		①名称 Name	
②健康保険の被保険者証の記号番号(わかれば記入) Code-number on your Employees' Health Insurance Certificate (if available)			
個人で保険料を納める第四種被保険者、船員保険の年金任意継続被保険者となったことがありますか。 Have you ever been a Type-4 Insured Person under the Employees' Pension Insurance or a Voluntary and Continuous Insured Person under the Seamen's Insurance?		<input type="checkbox"/> はい / Yes	<input type="checkbox"/> いいえ / No
①被保険者の整理記号番号 Insured person's reference code-number			
②保険料を納めた期間 Period during which the insurance contributions were paid		年 / Y 月 / M 日 / D ~ 年 / Y 月 / M 日 / D	
③保険料を納めた年金事務所名 (社会保険事務所名) Name of the Branch Office of Japan Pension Service (Social Insurance Office) to which the insurance contributions were paid			

7. 障害を支給事由とする年金に関する情報 / Information for a claim for disability benefits			
1	請求の区分 Type of claim	<input type="checkbox"/> ①障害認定日による請求 Claim for benefits due to onset of disability while contributing <input type="checkbox"/> ②事後重症による請求 Claim for benefits due to advanced degree of disability	
	②の場合、過去に①による請求をしたことがありますか。 If ② above applies, have you claimed for ① in the past?		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No
2	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。 Have you ever received a Japanese public pension for disability?		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No
	年金の名称 / Name of pension		
	年金コード又は年金証書の記号番号 Pension Code or Number on Pension Certificate		
3	傷病について / About the disease/injury		
	①傷病名 / Name of disease/injury		
	②傷病の発生した日 / Date of onset		年 / Y      月 / M      日 / D
	③初診日 Date of the first medical examination		年 / Y      月 / M      日 / D
	④初診日において加入していた公的年金制度 Public pension system which you were covered by on the date of the first medical examination		<input type="checkbox"/> 国民年金 / National Pension <input type="checkbox"/> 厚生年金保険 / Employees' Pension Insurance <input type="checkbox"/> 厚生年金保険(共済組合) / Employees' Pension Insurance (Mutual Aid Association) <input type="checkbox"/> カナダ年金制度 / Canada Pension Plan
	⑤症状が固定して治療の効果が期待できない場合は固定した日 Date when the state of the disease/injury becomes stable and no further recovery by medical treatment is expected		年 / Y      月 / M      日 / D
	⑥傷病の原因は職務上ですか。 Was the disease/injury caused by work?		<input type="checkbox"/> はい / Yes <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。 For this disease/injury, are you eligible or claiming for benefits under any of the systems listed on the right?		<input type="checkbox"/> 労働基準法 / Labour Standards Law <input type="checkbox"/> 船員保険法 / Seamen's Insurance Law <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法 / Workers' Accident Compensation Insurance Law <input type="checkbox"/> 国家公務員災害補償法 / National Government Employees' Accident Compensation Insurance Law <input type="checkbox"/> 地方公務員災害補償法 / Local Government Employees' Accident Compensation Insurance Law <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 / Occupational Accident Compensation Law for Public School Physicians, Dentists, and Pharmacists
	⑧ ⑦の制度から受けられるときはその種類 Type of benefits if you are eligible for benefits from the system listed in ⑦		<input type="checkbox"/> 障害補償給付(障害給付)/Disability Compensation Benefit (Disability Benefit) <input type="checkbox"/> 傷病補償給付(傷病年金)/Invalidity Compensation Benefit (Invalidity Pension)
	支給の発生した日 Date of entitlement		年 / Y      月 / M      日 / D
⑨傷病の原因は第三者行為によりますか。 Was the disease/injury caused by a third party?		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No	

8. 署名欄 / Declaration 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。

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 the information and documents which relate or could relate to this claim for benefits.

申請者の署名:

Signature of claimant: \_\_\_\_\_