

社会保障に関する日本国とカナダとの間の協定

CAN/J1 カナダ→日

Accord de sécurité sociale entre le Japon et le Canada

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)

Demande de prestations du régime de la Pension Nationale/du régime de l'Assurance Pension des Salariés

(Pour la Pension de vieillesse / d'invalidité)

(Egalement à utiliser pour la demande de décision pour l'Assurance Pension pour Travailleurs salariés auprès de l'Association d'Assistance mutuelle)

日本の照会番号
Numéro de référence japonais

※日本保険者により記入される欄
Doit être rempli seulement par des agences de liaison japonaises

カナダ実施機関記入欄
Pour utilisation par Opérations internationales Canada

受付日が入ったスタンプ
Cachet indiquant la date de réception

日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号
Numéro de pension de base japonaise ou numéro du Guide des pensions

カナダ社会保険番号
Numéro d'assurance sociale canadien

※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。
Présenter ce formulaire de demande seulement aux Opérations internationales Canada

申請のあった給付の種類 / Type de prestations demandées

老齢を支給事由とする年金 / Vieillesse

障害を支給事由とする年金 / Invalidité

1. 申請者に関する情報 / Demandeur

①氏 Nom	ローマ字 / en caractères romain		②名 Prénom	ローマ字 / en caractères romain		
	カタカナ / En caractères Katakana	漢字 / En letters Kanji		カタカナ / En caractères Katakana	漢字 / En letters Kanji	
③性別 Sexe	<input type="checkbox"/> 男 / Masculin <input type="checkbox"/> 女 / Féminin		④生年月日 Date de naissance	年 / A	月 / M	日 / J
⑤住所 Adresse	ローマ字 / en caractères romain					
	カタカナ / en caractères katakana					
⑥電話番号(国番号、エリアコードを含む) Numéro de téléphone avec de pays et code région						

2. 配偶者に関する情報 / Conjoint/e du demandeur

①氏 Nom	ローマ字 / en caractères romain		②名 Prénom	ローマ字 / en caractères romain		
	カタカナ / En caractères Katakana	漢字 / En letters Kanji		カタカナ / En caractères Katakana	漢字 / En letters Kanji	
③性別 Sexe	<input type="checkbox"/> 男 / Masculin <input type="checkbox"/> 女 / Féminin		④生年月日 Date de naissance	年 / A	月 / M	日 / J
⑤基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Numéro de pension de base japonaise ou numéro du Guide des pensions						
⑥年収が850万円未満ですか Revenu annuel inférieur à 8,5 millions de yens			<input type="checkbox"/> はい / Oui		<input type="checkbox"/> いいえ / Non	

3. 子に関する情報 / Enfant(s) du demandeur

①氏 Nom	ローマ字 / en caractères romain		②名 Prénom	ローマ字 / en caractères romain	
	カタカナ / En caractères Katakana	漢字 / En letters Kanji		カタカナ / En caractères Katakana	漢字 / En letters Kanji
1 ③性別 Sexe	<input type="checkbox"/> 男 / Masculin	<input type="checkbox"/> 女 / Féminin	④生年月日 Date de naissance	年 / A	月 / M 日 / J
⑤障害の状態にありますか / Enfant invalide			<input type="checkbox"/> はい / Oui	<input type="checkbox"/> いいえ / Non	
⑥年収が850万円未満ですか Revenu annuel inférieur à 8,5 millions de yens			<input type="checkbox"/> はい / Oui	<input type="checkbox"/> いいえ / Non	
①氏 Nom	ローマ字 / en caractères romain		②名 Prénom	ローマ字 / en caractères romain	
	カタカナ / En caractères Katakana	漢字 / En letters Kanji		カタカナ / En caractères Katakana	漢字 / En letters Kanji
2 ③性別 Sexe	<input type="checkbox"/> 男 / Masculin	<input type="checkbox"/> 女 / Féminin	④生年月日 Date de naissance	年 / A	月 / M 日 / j
⑤障害の状態にありますか / Enfant invalide			<input type="checkbox"/> はい / Oui	<input type="checkbox"/> いいえ / Non	
⑥年収が850万円未満ですか Revenu annuel inférieur à 8,5 millions de yens			<input type="checkbox"/> はい / Oui	<input type="checkbox"/> いいえ / Non	

4. 支払金融機関に関する情報 / Nomination d'une institution financière où envoyer les prestations

①銀行の名前 Nom de la banque			③口座番号 Numéro de compte	
②本店又は支店名 Siège social ou nom de la succursale	<input type="checkbox"/> 本店 / Siège social	④銀行の住所 Adresse de la banque	ローマ字 / en caractères romain	
	<input type="checkbox"/> _____ 支店 succursale			

5. 現在、受給している日本国の公的年金に関する情報 / Pension publique japonaise touchée par le demandeur

申請者は既に日本国の公的年金を受給していますか。 Le demandeur touche-t-il une pension publique japonaise/en réclame-t-il une?		<input type="checkbox"/> はい / Oui	<input type="checkbox"/> いいえ / Non
①制度名 Nom du régime		③支給を受けることとなった年月日 Date d'admissibilité	年 / A 月 / M 日 / J
②年金の種類 Type de pension	<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金/Vieillesse <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金/Invalidité <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金/Survivants		
④年金コード又は年金証書の記号番号 Code de pension ou numéro du Certificat de pension			
配偶者は既に日本国の公的年金を受給していますか。 Le conjoint du demandeur touche-t-il une pension publique du Japon/en réclame-t-il une?		<input type="checkbox"/> はい / Oui	<input type="checkbox"/> いいえ / Non
①制度名 Nom du régime		③支給を受けることとなった年月日 Date d'admissibilité	年 / A 月 / M 日 / J
②年金の種類 Type de pension	<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金/Vieillesse <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金/Invalidité <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金/Survivants		
④年金コード又は年金証書の記号番号 Code de pension ou numéro du Certificat de pension			

6. 日本の保険加入期間に関する情報 / Historique de la couverture par des régimes de pension japonais

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。

Donnez aussi précisément que possible l'historique détaillé de votre couverture par les régimes de pension publics japonais.

加入期間(年/月/日) Période de couverture De A/M/J À A/M/J	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 / Nom du lieu de travail (ou du propriétaire du navire, si vous étiez membre de l'équipage d'un navire)	事業所(船舶所有者)の所在地又は国民年金加入時の 住所 / Adresse du lieu de travail ou du propriétaire du navire ou votre adresse quand vous vous êtes inscrit à la Pension Nationale	加入していた年金 制度(注) Régime de pension sous lequel vous étiez couvert(*)
/ / 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。

(*) Complétez le numéro de la manière suivante: "1" pour Pension nationale, "2" pour Assurance Pension pour Travailleurs salariés (à l'exception d'Assurance pour les marins / Associations d'Assistance mutuelle), "3" pour Pension pour Travailleurs salariés (Marins), "4" pour Assurance Pension pour Travailleurs salariés (Association d'Assistance mutuelle). Dans le cas de "4", Assurance Pension pour Travailleurs salariés (Association d'Assistance mutuelle), veuillez également préciser dans cette colonne le nom de l'Association d'Assistance mutuelle à laquelle vous avez adhéré. Inscrivez le nom que vous portiez à l'époque dans cette colonne, si votre nom a changé par suite d'un mariage ou pour une autre raison.

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 Lieu de travail de votre plus récent emploi assujéti aux régimes de pension japonais	①名称 Nom	
②健康保険の被保険者証の記号番号(わかれば記入) Numéro-code de votre Certificat d'assurance-santé d'employé (si vous l'avez)		
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。 Avez-vous déjà été une personne assurée de Type 4 sous le régime de l'Assurance Pension des Salariés ou une personne assurée volontairement sans interruption sous celui de l'Assurance des Marins?	<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non	
①被保険者の整理記号番号 Numéro-code de référence de la personne assurée		
②保険料を納めた期間 Période durant laquelle les cotisations d'assurance ont été payées	年 / A 月 / M 日 / J ~ 年 / A 月 / M 日 / J	
③保険料を納めた年金事務所名(社会保険事務所名) Nom du Centre des services des pensions (Nom du Bureau de l'assurance sociale) où les cotisations d'assurance ont été payées		

7. 障害を支給事由とする年金に関する情報 / Renseignements à fournir pour une demande de prestations d'invalidité

1 請求の区分 Type de demande	<input type="checkbox"/> ①障害認定日による請求 / Demande de prestations si l'incapacité a commencé pendant que vous cotisiez au régime	
	<input type="checkbox"/> ②事後重症による請求 / Demande de prestations résultant de l'aggravation de l'incapacité	
②の場合、過去に①による請求をしたことがありますか。 Si ② ci-dessus s'applique, avez-vous demandé des prestations pour ① dans le passé?		<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non
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。 Avez-vous déjà touché une pension publique d'invalidité japonaise?	<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non	
	年金の名称 / Nom de la pension	
	年金コード又は年金証書の記号番号 Code de la pension ou numéro du Certificat de pension	
3 傷病について / Renseignements à fournir sur la maladie/blessure		
①傷病名 / Nom de la maladie/blessure		
②傷病の発生した日 Date du début de la maladie/de la blessure	年 / A	月 / M 日 / J
③初診日 Date du premier examen médical	年 / A	月 / M 日 / J
④初診日において加入していた公的年金制度 Régime de pension public auquel vous participiez à la date du premier examen médical	<input type="checkbox"/> 国民年金 / Pension Nationale <input type="checkbox"/> 厚生年金保険 / Assurance Pension des Salariés <input type="checkbox"/> 厚生年金保険(共済組合) / Assurance Pension pour Travailleurs salariés (Association d'Assistance mutuelle) <input type="checkbox"/> カナダ年金制度 / Régime de pensions du Canada	
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 à laquelle la maladie/blessure s'est stabilisée sans qu'on prévoise d'amélioration par les traitements médicaux	年 / A	月 / M 日 / J
⑥傷病の原因は職務上ですか。 La maladie/blessure a-t-elle été causée par le travail?	<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non	
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。 Pour cette maladie/blessure, êtes-vous admissible à des prestations des régimes énumérés à droite (ou en réclamez-vous)?	<input type="checkbox"/> 労働基準法 / Loi sur les normes du travail <input type="checkbox"/> 船員保険法 / Loi sur l'Assurance des Marins <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法 / Loi sur l'assurance-indemnisation des accidents du travail <input type="checkbox"/> 国家公務員災害補償法 / Loi sur l'assurance-indemnisation des accidents des fonctionnaires de l'État <input type="checkbox"/> 地方公務員災害補償法 / Loi sur l'assurance-indemnisation des accidents des fonctionnaires des collectivités locales <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 / Loi sur l'indemnisation des accidents des médecins, dentistes et pharmaciens des écoles publiques	
	⑧⑦の制度から受けられるときはその種類 Type de prestations si vous êtes admissible à des prestations des régimes énumérés en ⑦	<input type="checkbox"/> 障害補償給付(障害給付)/Allocation d'incapacité (prestation d'incapacité) <input type="checkbox"/> 傷病補償給付(傷病年金)/Prestations d'invalidité (pension d'invalidité)
支給の発生した日 Date d'admissibilité	年 / A	月 / M 日 / J
⑨傷病の原因は第三者行為によりますか。 La maladie/blessure a-t-elle été causée par un tiers?	<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non	

8. 署名欄 / Déclaration du demandeur

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。

Je déclare que les renseignements que j'ai donnés dans ce formulaire sont exacts et complets. J'autorise l'institution canadienne compétente à fournir à ses homologues japonaises tous les renseignements et les documents liés ou pouvant l'être à cette demande de prestations.

申請者の署名

Signature du demandeur: _____