

社会保障に関する日本国とカナダとの間の協定

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(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)

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

(Pour la pension de survivants)

(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

死亡者の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 de la personne décédée

カナダ社会保険番号
Numéro d'assurance sociale canadien de la personne décédée

※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

1. 死亡者に関する情報 / Personne décédée

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

2. 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死亡者との続柄 / Lien de parenté avec la personne décédée					
⑦申請者の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 du demandeur					
⑧申請者のカナダ社会保険番号 Numéro d'assurance sociale canadien du demandeur					
⑨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					

3. 子に関する情報 / Enfant(s) de la personne décédée						
1	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			
2	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 du 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. 申請者が現在、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。又は申請していますか。 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			

6. 死亡者の日本の保険加入期間に関する情報 / Historique de la couverture de la personne décédée par des régimes de pensions japonais

死亡者の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 sa couverture la personne décédée par les régimes de pension publics.

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 s'il/elle était 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 son adresse quand il/elle s'est inscrit(e) à la Pension Nationale	加入していた年金制度(注) Régime de pension sous lequel il/elle était 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.

死亡者が最後に勤務した事業所又は死亡時勤務していた事業所について Lieu de travail du plus récent emploi de la personne décédée assujetti 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 son Certificat d'assurance-santé d'employé (si vous l'avez)		
死亡者が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。 / A-t-il/elle 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. 死亡を支給事由とする年金に関する情報 / Renseignements à fournir pour une demande de prestations de survivants

①死亡年月日 Date du décès		年 / A 月 / M 日 / J	
②死亡の原因である疾病又は負傷の名称 Nom de la maladie/blessure ayant causé le décès			
③疾病又は負傷の発生した日 Date du début de la maladie/de la blessure	年 / A 月 / M 日 / J	④疾病又は負傷の初診日 Date du premier examen médical	年 / A 月 / M 日 / J
⑤死亡の原因である疾病又は負傷の発生原因 Cause de la maladie/de la blessure ayant causé la mort			
⑥死亡の原因は第三者行為によりますか。 La mort a-t-elle été causée par un tiers?	<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non	⑦申請を行うものは死亡者の相続人になりますか。 La personne demandant des prestations est-elle un héritier légal de la personne décédée?	<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non
⑧死亡した人は次の年金制度の被保険者、組合員または加入者となったことがありますか。あるときは番号を○で囲んでください。 La personne décédée a-t-elle été inscrite à l'un ou l'autre des régimes de pensions publics? Si oui, encerclez le numéro des régimes applicables ci-dessous.		<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non	
<p>1. 国民年金法 / Loi nationale sur les pensions</p> <p>2. 厚生年金保険法 / Loi sur l'assurance pension des salariés</p> <p>3. 船員保険法(1986年4月以後を除く) / Loi sur l'assurance des marins (avant avril 1986 seulement)</p> <p>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。) / Législation relative à l'Association d'Assistance mutuelle pour les Fonctionnaires nationaux (y compris pour la Législation relative à l'Assurance Pension pour Travailleurs salariés après octobre 2015 (Législation relative à l'Association d'Assistance mutuelle pour les Fonctionnaires nationaux))</p> <p>5. 地方公務員共済組合法(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。) / Législation relative à l'Association d'Assistance mutuelle pour les Fonctionnaires locaux (y compris pour la Législation relative à l'Assurance Pension pour Travailleurs salariés après octobre 2015 (Législation relative à l'Association d'Assistance mutuelle pour les Fonctionnaires locaux))</p> <p>6. 私立学校職員共済法(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。) / Législation relative à l'Association d'Assistance mutuelle pour le Personnel de l'Enseignement privé (y compris pour la Législation relative à l'Assurance Pension pour Travailleurs salariés après octobre 2015 (Législation relative à l'Association d'Assistance mutuelle pour le Personnel de l'Enseignement privé))</p> <p>7. 旧市町村職員共済組合法 / Loi concernant la Mutuelle des fonctionnaires municipaux</p> <p>8. 地方公務員の退職年金に関する条例 / Ordonnance des autorités locales concernant la pension de retraite des fonctionnaires des collectivités locales</p> <p>9. 恩給法 / Loi concernant la pension des fonctionnaires</p> <p>10. その他 / Autres ()</p>			
⑨死亡者は⑧の年金制度の年金を受給していましたか。受けていたときは、下記に記入してください。 La personne décédée touchait-elle une pension d'un des régimes énumérés en ⑧ ci-dessus? Dans l'affirmative, remplissez la rubrique suivante.		<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non	
制度名 Nom du régime	年金コードまたは年金証書の記号番号 Code de pension ou numéro du Certificat de pension		

8. 代表者選任に関する情報 / Nomination d'un représentant s'il y a plus d'un demandeur admissible

請求代表者の氏名 Nom du représentant	ローマ字 / en caractères romain カタカナ / en caractères Katakana	請求代表者の生年月日 Date de naissance du représentant	年 / A 月 / M 日 / J
請求代表者の住所 Adresse du représentant	ローマ字 / en caractères romain カタカナ / en caractères Katakana	請求代表者の元受給者との続柄 Lien de parenté du représentant avec la personne décédée	

上記の者を請求代表者とします。
Nous nommons la personne susmentionnée comme représentant

同順位者記入欄 Liste des personnes demandant des prestations	氏名 Nom	ローマ字 / en caractères romain カタカナ / en caractères Katakana	生年月日 Date de naissance	年 / A 月 / M 日 / J
	住所 Adresse	ローマ字 / en caractères romain カタカナ / en caractères Katakana	元受給者との続柄 Lien de parenté avec la personne décédée	
	氏名 Nom	ローマ字 / en caractères romain カタカナ / en caractères Katakana	生年月日 Date de naissance	年 / A 月 / M 日 / J
	住所 Adresse	ローマ字 / en caractères romain カタカナ / en caractères Katakana	元受給者との続柄 Lien de parenté avec la personne décédée	
	氏名 Nom	ローマ字 / en caractères romain カタカナ / en caractères Katakana	生年月日 Date de naissance	年 / A 月 / M 日 / J
	住所 Adresse	ローマ字 / en caractères romain カタカナ / en caractères Katakana	元受給者との続柄 Lien de parenté avec la personne décédée	
	氏名 Nom	ローマ字 / en caractères romain カタカナ / en caractères Katakana	生年月日 Date de naissance	年 / A 月 / M 日 / J
	住所 Adresse	ローマ字 / en caractères romain カタカナ / en caractères Katakana	元受給者との続柄 Lien de parenté avec la personne décédée	
	氏名 Nom	ローマ字 / en caractères romain カタカナ / en caractères Katakana	生年月日 Date de naissance	年 / A 月 / M 日 / J
	住所 Adresse	ローマ字 / en caractères romain カタカナ / en caractères Katakana	元受給者との続柄 Lien de parenté avec la personne décédée	

9. 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: _____