J/CZ 207

SMLOUVA MEZI ČESKOU REPUBLIKOU A JAPONSKEM O SOCIÁLNÍM ZABEZPEČENÍ
社会保障に関するチェコ共和国と日本国との間の協定

Vyplní kompetentní instituce v Japonsku
日本の実施機関記入欄

Razítko kompetentní instituce s datem přijetí žádosti
受付日が入ったスタンプ

ŽÁDOST O POTVRZENÍ ČESKÝCH DOB POJIŠTĚNÍ
チェコ保険期間証明書申請書

Články 13, 17 a 18 Smlouvy
Článek 5 Správního ujednání
協定第 13 条、第 17 条及び第 18 条
行政取決め第 5 条

Tento formulář slouží jako žádost o potvrzení českých dob pojištění v případech, kdy žadatel bydlící v Japonsku žádá pouze o japonský důchod, je-li třeba potvrdit doby pojištění v ČR za účelem získání nároku na důchod v Japonsku. Vyplňte formulář, prosím, čitelně latinkou, a také v Kanji, je-li to možné.
この書類は、日本に在住の申請者が、日本の給付を申請する際に、チェコの保険期間が日本の給付の受給権を確立するために必要となる場合に、チェコの保険期間証明書の申請書として使用されるものです。ローマ字(できれば漢字)で明瞭に記入して下さい。

1	Pojištěná osoba **被保険者情報**
1.1	Příjmení / 姓 (latinkou / ローマ字) …… (v písmu Kanji / 漢字) …… Rodné a všechna další příjmení 出生時等の姓 ……
1.2	Jméno / 名 (latinkou / ローマ字) …… (v písmu Kanji / 漢字) ……
1.3	Datum narození / 生年月日(D 日/M 月/R 年) …… Místo narození / 出生地 ……
1.4	Adresa trvalého bydliště / 住所 …… …… ……
1.5	Identifikační číslo-číslo pojištění:/ 識別番号 – 保険番号 v Japonsku (číslo důchodového pojištění v Japonsku) / 日本 (基礎年金番号) _ _ _ _-_ _ _ _ __ v České republice (rodné číslo) / チェコ共和国 (出生証明番号) _ _ _ _ _ _/_ _ _ _

2	Žadatel (vyplňuje pouze osoba, která je odlišná od osoby uvedené v bodě 1) 申請者情報 (１で記入した者と異なる場合にのみ記入)

2.1 Příjmení 姓

(latinkou / ローマ字) ……

(v písmu Kanji / 漢字) ……

Rodné a všechna další příjmení

出生時等の姓 .....

2.2 Jméno / 名

(latinkou / ローマ字) ……

(v písmu Kanji / 漢字) ……

2.3 Datum narození /生年月日(D 日/M 月/R 年) ……..

Místo narození / 出生地 ……

2.4 Adresa trvalého bydliště / 住所

……..

……

……..

2.5 Vztah k osobě uvedené v bodě 1/ １に記入された者との関係

……

2.6 Identifikační číslo-číslo pojištění:/ 識別番号 – 保険番号

v Japonsku (číslo důchodového pojištění v Japonsku) / 日本 (基礎年金番号) _ _ _ _ -_ _ _ _ _ _ _

v České republice (rodné číslo) / チェコ共和国 (出生証明番号) _ _ _ _ _ _/ _ _ _ _

3 Informace o dobách pojištění v České republice, které získala osoba uvedená v bodě 1
1に記入された者のチェコ共和国における被保険者歴に関する情報

	Doba 期間		Jméno a sídlo zaměstnavatele nebo typ činnosti, kterou osoba vykonávala jako osoba samostatně výdělečně činná (vyplňte v latince) 雇用主又は会社の名称及び住所又は自営業者としての活動内容（ローマ字）	Místo a stát, kde byla činnost provozována (vyplňte v latince) 国及び場所 （ローマ字）
	od 自 D/M/R 日/月/年	Do 至 D/M/R 日/月/年		
	1	2	3	4
1				
2				
3				
4				
5				
6				

....

Datum (D/M/R)/ 日付 (日/月/年) Podpis žadatele/ 申請者の署名