

6. 日本の年金制度における保険加入期間に関する情報 / Angaben zu Versicherungszeiten in den japanischen Rentensystemen

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 / Der Verlauf der Versicherung in den japanischen öffentlichen Rentensystemen ist möglichst genau anzugeben.

| 加入期間 (年/月/日) / Mitgliedschaftszeitraum von Jahr / Monat / Tag bis Jahr / Monat / Tag | 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① / Name des Betriebes (ggf. des Schiffseigners) sowie bei ehemaligen Seeleuten Name des Schiffes① | 事業所(船舶所有者)の所在地又は国民年金 加入時の住所① / Sitz des Betriebes (ggf. des Schiffseigners) oder Anschrift des Versicherten während der Zugehörigkeit zur Volksrentenversicherung① | 加入していた年 金制度等②/ Zuständiges Rentensystem ② | 加入していた当 時の氏名③/ Ggf. früher geführte Namen ③ |
|---|---|--|--|--|
| / / 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 | | | | |

①
○ 事業所の名称及び所在地を日本語以外で記入する場合、可能な限り勤務先で発行された書類や名刺等の写しを添付して下さい。

②
○ 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。

③
○ 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。

(注)
○ 日本の永住権又は日本の国籍を取得しているもしくは有していた者は、日本の年金を受給するために十分な保険期間を有しない場合には、永住権または日本国籍取得の証明書およびパスポートの写しを添付することにより、日本の法令に基づいて加入期間 (合算対象期間) として認定することが出来る場合がありますのでご注意ください。

①
○ Sofern die japanische Schreibweise des Betriebes nicht bekannt ist, fügen Sie bitte, wenn möglich, Unterlagen bei, aus denen sich die Schreibweise des Betriebes ergibt (z.B. Visitenkarte etc.)

②
○ Geben Sie die Nummer bitte wie folgt an: „1“ für die Volksrente, „2“ für die Arbeitnehmerrente (ohne Seemannsversicherung und Genossenschaftliche Rente), „3“ für die Arbeitnehmerrente (Seeleute), „4“ für die Arbeitnehmerrente (Genossenschaftliche Rente)
○ Bei „4“ bitte den Namen der Genossenschaftlichen Rente angeben.

③
○ Bei Eheschließung oder Namenswechsel bitte den früher geführten Namen angeben.

Hinweis:

○ Für Versicherte, die zum Daueraufenthalt in Japan berechtigt oder japanische Staatsangehörige sind, können, sofern die Wartezeit für eine japanische Leistung nicht erfüllt ist, unter bestimmten Voraussetzungen gleichgestellte Zeiten für einen vorübergehenden Aufenthalt außerhalb Japans berücksichtigt werden. Entsprechende Zeiten können unter Vorlage einer Kopie der Bescheinigung über das Daueraufenthaltsrecht in Japan, die japanische Staatsangehörigkeit oder eine Kopie des Reisepasses beantragt werden.

| | | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|-----------|---------|
| 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 / Bestand eine freiwillige Versicherung, „Typ 4“ oder freiwillige Weiterversicherung in der Rentenversicherung der Seeleute | <input type="checkbox"/> はい / Ja | <input type="checkbox"/> いいえ / Nein | | |
| ① 被保険者の整理記号番号 / Verwaltungscodenummer des Versicherten | | | | |
| ② 保険料を納めた期間 / Zeitraum der Beitragsleistungen | 自 / von | 年 / Jahr | 月 / Monat | 日 / Tag |
| | 至 / bis | | | |
| ③ 保険料を納めた年金事務所名 (社会保険事務所名) / Name der Rentenstelle (Sozialversicherungsbüro), an die die Beiträge gezahlt wurden | | | | |
| 国民年金、厚生年金保険、または共済組合等の障害給付の受給者で国民年金の任意加入をした方については、特別一時金を受けたことがありますか / Bei Versicherten, die eine Erwerbsminderungsrente aus der Volksrente, der Arbeitnehmerrente oder einer Genossenschaftlichen Rentenversicherung bezogen haben und in der Volksrentenversicherung freiwillig versichert waren: Haben Sie eine Einmalzahlung erhalten? | | | | |
| 昭和36年4月1日から昭和47年5月14日までに沖縄に住んでいたことがありますか / Haben Sie sich zwischen dem 1. April 1961 und dem 14. Mai 1972 auf Okinawa aufgehalten? | | | | |
| 雇用保険に加入したことがありますか / Waren Sie jemals in der japanischen Beschäftigtenversicherung (Unfall- und Arbeitslosenversicherung) versichert? | | | | |

7. 障害を支給事由とする年金に関する情報 / Angaben zur Rente wegen Invalidität

| | | | | |
|---|---|--|--|---------|
| 1 | 請求の区分 / Antragsgrund | <input type="checkbox"/> ① 障害認定日による請求 / Antrag gemäß dem „Tag der Feststellung der Invalidität“ | <input type="checkbox"/> ② 事後重症による請求 / Antrag wegen nachfolgend eingetretenem schweren Leidens | |
| | | <input type="checkbox"/> ③ 初めて障害等級の1級または2級に該当したことによる請求 / Antrag für Versicherte, die erstmalig als erwerbsgemindert 1. oder 2. Grades anerkannt sind | | |
| ②の場合、右欄の該当する番号を○で囲んでください。 / Bei ②: Bitte die entsprechende Ziffer rechts einkreisen | | 1. 初診日から1年6月目の状態で請求した結果、不支給となった。 / Mein Antrag auf Leistungen, bezogen auf die Situation ein Jahr und sechs Monate nach dem Tag der ersten medizinischen Untersuchung, wurde nicht bewilligt. 2. 初診日から1年6月目の症状は軽かったが、その後悪化して症状が重くなった。 / Das Leiden hat sich gegenüber der Situation zum Zeitpunkt „ein Jahr und 6 Monate nach dem Tag der ersten medizinischen Untersuchung“ verschlechtert. 3. その他 (理由) / Sonstiges (Gründe:) | | |
| 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 / Wurde in der Vergangenheit von einer japanischen öffentlichen Rentenanstalt Rente wegen Invalidität bezogen? | | <input type="checkbox"/> はい / Ja <input type="checkbox"/> いいえ / Nein | |
| | 年金の名称 / Bezeichnung der Rente | | | |
| | 年金コード又は年金証書の記号番号 / Rentencode der Rente bzw. Kennnummer des Rentenscheins | | | |
| 3 | 傷病について / Angaben zum Leiden | | | |
| | ①傷病名 / Bezeichnung des Leidens | | | |
| | ②傷病の発生した日 / Tag des Eintritts des Leidens | 年 / Jahr | 月 / Monat | 日 / Tag |
| | ③初診日 / Tag der Erstuntersuchung | 年 / Jahr | 月 / Monat | 日 / Tag |
| ④初診日において加入していた公的年金制度 / Versicherungszugehörigkeit am Tag der Erstuntersuchung | | <input type="checkbox"/> 国民年金 / Volksrente <input type="checkbox"/> 厚生年金保険 / Arbeitnehmerrente <input type="checkbox"/> 厚生年金保険 (共済組合) / Arbeitnehmerrente (Genossenschaftliche Rente) <input type="checkbox"/> ドイツ年金制度 / Deutsche Rentenversicherung | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|----------|--|--|-----------|--|--|---------|
| 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 / Falls das Leiden dauerhaft ist und keine Aussicht auf Besserung durch Behandlung besteht : Tag des Eintritts der dauerhaften Invalidität | | | | | | 年 / Jahr | | | 月 / Monat | | | 日 / Tag |
| ⑥ 傷病の原因は職務上ですか / Sind die Leiden durch Berufstätigkeit verursacht? | | <input type="checkbox"/> はい / Ja <input type="checkbox"/> いいえ / Nein | | | | | | | | | | |
| 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 / Werden aufgrund des Leidens nach einem der nachstehenden Gesetze Versicherungsleistungen bezogen oder sind solche Leistungen beantragt ? | | <input type="checkbox"/> 労働基準法 / Arbeitsnormgesetz <input type="checkbox"/> 船員保険法 / Seemannsversicherungsgesetz <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法 / Gesetz über Arbeiterunfallversicherung <input type="checkbox"/> 国家公務員災害補償法 / Gesetz über die Unfallversicherung von Staatsbeamten <input type="checkbox"/> 地方公務員災害補償法 / Gesetz über die Unfallversicherung von Präfektur- und Kommunalbeamten <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 / Gesetz zur Dienstunfallentschädigung von Schulärzten, Schulzahnärzten und Schulpharmazeuten an öffentlichen Schulen | | | | | | | | | | |
| ⑧ ⑦の制度から受けられるときはその種類 / Art der von einem System gemäß ⑦ erhaltenen Leistungen | | <input type="checkbox"/> 障害補償給付 (障害給付) / Invaliditätsausgleichsleistung (Invaliditätsleistung) <input type="checkbox"/> 傷病補償給付 (傷病年金) / Leidensausgleichsleistung (Krankenrente) | | | | | | | | | | |
| 支給の発生した日 / Beginn der Leistung | | | | | | 年 / Jahr | | | 月 / Monat | | | 日 / Tag |
| ⑨傷病の原因は第三者行為によりますか / Sind die Leiden durch Dritte verursacht? | | <input type="checkbox"/> はい / Ja <input type="checkbox"/> いいえ / Nein | | | | | | | | | | |

8. 署名 / Unterschrift des Antragstellers

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。私はドイツ保険者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及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。

Ich erkläre, dass die von mir in diesem Vordruck gemachten Angaben richtig und vollständig sind. Ich ermächtige den deutschen Rentenversicherungsträger dem japanischen Rentenversicherungsträger alle Informationen und Dokumente zu übermitteln, die sich auf diesen Antrag beziehen oder beziehen könnten.

申請者の署名

Unterschrift des Antragstellers _____