

ドイツ年金保険からの被保険者年金の申請

申請書に記入する際には添付の説明書を注意してお読み下さい。質問はすべて正確にお答え下さい。該当するものに×印を付け、必要な証明書はすべて添付して下さい。

Antrag auf Versichertenrente

aus der Deutschen Rentenversicherung
Die beiliegenden Erläuterungen sollen Ihnen beim Ausfüllen des Antrages helfen. Bitte beantworten Sie alle Fragen genau, kreuzen Sie Zutreffendes an und fügen Sie alle notwendigen Nachweise bei.

A 被保険者についての事項		Angaben zum Versicherten	
1	ドイツの保険番号		Deutsche Versicherungsnummer
2	記号 (既知である場合)		Kennzeichen (soweit bekannt)
3	日本の基礎年金番号または年金手帳の番号		Japanische Grundrentennummer oder Rentenbuch-Kennnummer
	日本の照会番号		
4	姓		Nachname
5	名 (通常使用している名に下線を引いて下さい)		Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)
6	出生時の姓 (上記の姓と異なる場合)		Geburtsname (wenn abweichend)
7	以前の姓名		Frühere Namen
8	生年月日 (出生証明書または戸籍抄本を添付して下さい)	日 Tag 月 Monat 年 Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis oder Familienregistrauszug beifügen.)
9	出生地 (郡、州、国(市区町村、都道府県、日本国))		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)
10	性別	☐ 男 männlich ☐ 女 weiblich	Geschlecht
11	現在の国籍 (証明書を添付して下さい)		Aktuelle Staatsangehörigkeit(en) (Bitte Nachweis beifügen.)
12	現在の住所		Derzeitige Anschrift
13	電話番号		Telefonnummer
14	ファクス番号		Telefaxnummer

Versicherungsnummer									

Kennzeichen (soweit bekannt)			

15	家族身分	☐ 未婚（独身、寡婦/寡夫または離婚）、登録パートナーシップ未加入 nicht verheiratet (ledig, verwitwet oder geschieden), nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend ☐ 既婚/再婚/登録パートナーシップ加入 verheiratet / wieder verheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend	Familienstand
----	------	--	---------------

B 他者による申請

（委任状/証明書を添付して下さい）

Antragstellung durch andere Person

（Bitte Vollmacht / Nachweis beifügen.）

1	姓		Nachname
2	名 （通称は下線を引いて下さい）		Vorname(n) （Bitte Rufname unterstreichen.）
3	住所		Anschrift
4	電話番号		Telefonnummer
5	ファクス番号		Telefaxnummer

C

申請した年金の種類と年金開始

Beantragte Rentenart und Rentenbeginn

1	老齢年金	☐	Altersrente
2	稼得能力減少を理由とする年金 （L 欄も記入して下さい）	☐	Rente wegen Erwerbsminderung （Bitte auch Teil L ausfüllen.）
3	1977 年 6 月 30 日以降に離婚した者、育児または子供を世話している者の育児休業年金	☐	Erziehungsrente für nach dem 30.6.1977 Geschiedene, die Kinder erziehen oder betreuen
4	老齢年金は以下のように開始する - 年金減額を伴うできるだけ早い期日または - 年金減額を伴わないできるだけ早い期日 - 開始日	☐ ☐ 日 Tag 月 Monat 年 Jahr	Die Altersrente soll beginnen - zum frühestmöglichen Zeitpunkt mit Rentenminderung oder - zum frühestmöglichen Zeitpunkt ohne Rentenminderung oder - zum

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

5	私は以下を声明します。対価を得て行う雇用労働ならびに/もしくは自営業を放棄しました。 - 放棄した年月日 (雇用または自営業の放棄に関する証明書を添付して下さい。) - 放棄します。放棄する予定の年月日	日 Tag 月 Monat 年 Jahr 日 Tag 月 Monat 年 Jahr	Ich erkläre hiermit, dass ich meine Beschäftigung(en) gegen Entgelt und/oder selbständige(n) Tätigkeit(en) - aufgegeben habe zum (Bitte Bescheinigung über Aufgabe der Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit beifügen.) - aufgeben werde zum
6	私はドイツの老齢年金開始後にも (更に) 就業または自営業を継続する予定です。 はいの場合、以下を記入して下さい： - 被用者としての就労 (雇用者からの早期退職手当を含む) 月間総収入額 (雇用者の証明書を添付して下さい) - 自営業 (自営業、農林業等) 予想し得る税法上の月間利益 (前回の確定申告書または税理士の証明書を添付して下さい) 私は返納額が 200 ユーロ以下の場合には、私が受給する年金から、受給額の半分に相当する額を上限として、返納額を差し引かれることに同意します。	☐ いいえ nein ☐ はい ja ☐ いいえ nein ☐ はい ja ☐ いいえ nein ☐ はい ja ☐ いいえ nein ☐ はい ja	Auch nach Beginn der deutschen Altersrente beabsichtige ich (weiterhin) eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit auszuüben. Wenn ja, bitte weitere Angaben: - abhängige Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder vom Arbeitgeber) monatliche Bruttoeinkünfte (Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen.) - selbständige Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.) voraussichtlicher monatlicher steuerrechtlicher Gewinn (Bitte letzte Steuererklärung oder Bescheinigung des Steuerberaters beifügen.) Ich bin damit einverstanden, dass ein zurückzahlender Betrag von bis zu 200 EUR von meiner laufenden Rente bis zu deren Hälfte einbehalten wird.

D 被保険者についての補足事項		Ergänzende Angaben zum Versicherten
1	前回ドイツから出国したのはいつでしたか？	Wann haben Sie Deutschland zuletzt verlassen?
2	ドイツの最終住所 (市町村名、番地)	Letzter Wohnsitz in Deutschland (Ort, Kreis, Straße)
3	税目的のためのドイツの身分識別番号 (既知である場合)	Deutsche Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke (soweit bekannt)

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

4	あなたは連邦補償法の意味におけるナチス政権による被迫害者、または職業リハビリ法の意味における旧東ドイツの政治的被迫害者ですか？ はいの場合以下を記入して下さい - 補償当局 - 書類番号	☐ いいえ nein ☐ はい ja	Sind Sie Verfolgter des Nationalsozialismus im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes oder politisch Verfolgter der ehemaligen DDR im Sinne des Beruflichen Rehabilitierungsgesetzes? Falls ja, bitte angeben: - Entschädigungsbehörde - Aktenzeichen
5	あなたはドイツ連邦国外追放者法の意味における被追放者または難民ですか？ (難民証明書を添付して下さい)	☐ いいえ nein ☐ はい ja	Sind Sie Vertriebener oder Flüchtling im Sinne des deutschen Bundesvertriebenengesetzes? (Bitte Vertriebenenausweis beifügen.)
6	あなたはドイツ法にもとづき障害度が最低 50%の重度障害者として認定されていますか？ (証明書を添付して下さい) はいの場合、いつからですか？ 日 月 年 Tag Monat Jahr あなたは 2007 年 1 月 1 日以前に雇用者とドイツの老齢時間短縮労働を取り決めましたか？ (証明書を添付して下さい)	☐ いいえ nein ☐ はい ja	Sind Sie nach deutschen Gesetzen mindestens 50 % als schwerbehinderter Mensch anerkannt? (Bitte Nachweis beifügen.) Falls ja, seit Haben Sie vor dem 1.1.2007 mit Ihrem Arbeitgeber eine Vereinbarung über deutsche Altersteilzeit getroffen? (Bitte Nachweis beifügen.)

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

E ドイツ保険期間についての事項

以下事項について記入して下さい:

- 就労期間
- 自営業の期間
- 任意の保険料支払い
- 代替期間（例、徴兵、戦争捕虜、国外追放）

これらの期間については、ドイツ保険者から送付されているあなたの保険期間に**含まれていない**期間だけに**制限して下さい**、そして証拠となるものを添付して下さい。保険期間の証明については必要に応じてドイツ保険者に請求することができます。

E Angaben zum deutschen Versicherungsleben

Bitte machen Sie hier Angaben über

- Beschäftigungszeiten
- Zeiten der selbständigen Tätigkeit
- freiwillige Beitragszahlungen
- Ersatzzeiten (z. B. Wehrdienst, Kriegsgefangenschaft, Vertreibung)

Beschränken Sie sich dabei auf die Zeiten, die **nicht** in Ihrem Versicherungsverlauf enthalten sind und fügen Sie bitte entsprechende Beweismittel bei.
Einen Versicherungsverlauf können Sie bei Bedarf von Ihrem deutschen Versicherungsträger anfordern.

期間 から – まで	就労業務または自営業の正確な名称 (代替期間についてはどのような期間であつたかを記入して下さい)	雇用者/会社の名称と住所、 自営業については「自営」と記入して下さい。	保険加入していた疾病金庫の名称と住所 (例、AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse)
Zeitraum vom - bis	Genaue Bezeichnung der ausgeübten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit (Bei Ersatzzeiten bitte die Art der Zeit angeben.)	Name und Anschrift des Arbeitgebers/Unternehmens, bei Selbständigkeit bitte „selbständig“ angeben	Name und Anschrift der Krankenkasse, bei der Sie versichert waren (z. B. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse)

記入場所が足りない場合には、別紙を利用して下さい / Falls Platz nicht ausreicht, bitte auf gesondertem Blatt fortsetzen!

Versicherungsnummer									

Kennzeichen (soweit bekannt)			

F ドイツ保険期間についての更なる事項 (まだ送付していない場合には、**証明書を添付して下さい**)

Weitere Angaben zum Versicherungsleben
(Bitte Nachweise beifügen, soweit nicht bereits früher übersandt.)

1 これまでドイツ年金保険からの保険料の還付を受けたことがありますか？ はいの場合、以下を記入して下さい - 保険者 - 保険番号、書類番号	☐ いいえ nein ☐ はい ja	Sind Ihnen jemals Beiträge aus der deutschen Rentenversicherung erstattet worden? Falls ja, bitte angeben: - Versicherungsträger - Versicherungsnummer, Aktenzeichen
2 ドイツ法にもとづく年金調整がなされたことがありますか？ はいの場合： - 以前の配偶者はまだ生存していますか？ - 以前の配偶者の名前と住所 - 以前の配偶者に対する扶養義務を負っていますか、または以前の配偶者に一時金を支払いましたか？ (扶養についての判決文または扶養取決め及び支払い証明書を添付して下さい)	☐ いいえ nein ☐ はい ja ☐ いいえ nein ☐ はい ja	Wurde für Sie ein Versorgungsausgleich nach deutschem Recht durchgeführt? Falls ja: - Lebt Ihr früherer Partner noch? - Name und Anschrift des früheren Partners - Sind Sie Ihrem früheren Partner zum Unterhalt verpflichtet oder haben Sie diesem eine Abfindung gezahlt? (Bitte Unterhaltstitel oder -vereinbarung und Zahlungsnachweis beifügen.)
3 ドイツで職業訓練を受けましたか (修了していない場合も含む)？ 期間 職業訓練の種類 (証明書を添付して下さい) 必要に応じて修了日 (証明書を添付して下さい)	☐ いいえ nein ☐ はい ja から / vom まで / bis 日 Tag 月 Monat 年 Jahr	Haben Sie in Deutschland eine Berufsausbildung gemacht (auch ohne Abschluss)? Zeitraum Art der Berufsausbildung (Bitte Nachweis beifügen.) ggf. Abschluss am (Bitte Nachweis beifügen.)
4 ドイツで保険期間に含まれていない労働不能時がありますか、またはリハビリの給付を受けたことがありますか？ 期間 (証明書を添付して下さい)	☐ いいえ nein ☐ はい ja から / vom まで / bis	Waren Sie in Deutschland arbeitsunfähig oder haben Leistungen zur Rehabilitation erhalten, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind? Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

5	ドイツで失業届けを出したことがありますか、そしてこの失業期間は保険期間に含まれていませんか？ 期間 (証明書を添付して下さい)	☐ いいえ nein ☐ はい ja から / vom まで / bis から / vom まで / bis	Waren Sie in Deutschland arbeitslos gemeldet und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten? Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)
6	年齢 17 才の経過後に、ドイツ、日本またはその他の国で学校、専門学校、専門大学または総合大学を卒業し、この学業期間が保険期間に含まれていませんか？ 期間 (証明書を添付して下さい)	☐ いいえ nein ☐ はい ja から / vom まで / bis から / vom まで / bis	Haben Sie nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schul-, Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung in Deutschland, in Japan oder einem anderen Staat absolviert und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten? Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)
7	年齢 17 才から 25 才までの間に少なくとも 1 暦月、ドイツ、日本またはその他の国で病気を患い、この疾病期間が保険期間に含まれていませんか？ 期間 (証明書を添付して下さい)	☐ いいえ nein ☐ はい ja から / vom まで / bis から / vom まで / bis	Waren Sie zwischen dem 17. und dem 25. Lebensjahr mindestens einen Kalendermonat in Deutschland, in Japan oder einem anderen Staat krank und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten? Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)
8	年齢 16 才の経過後に以下の国に住みましたか？: オーストラリア、フィンランド、アイスランド、イスラエル、カナダ / ケベック、リヒテンシュタイン、ノルウェー、スウェーデン、スイス、または年齢 15 才に達した後でデンマーク、ギリシャ、オランダ	☐ いいえ nein ☐ はい ja	Haben Sie nach Vollendung des 16. Lebensjahres in einem der folgenden Länder gewohnt: Australien, Finnland, Island, Israel, Kanada / Québec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, der Schweiz oder nach dem 15. Lebensjahr in Dänemark, Griechenland oder den Niederlanden?
期間		から / vom まで / bis 国名 / Staat	Zeitraum
保険者 / Versicherungsträger		保険番号 / Versicherungsnummer	
期間		から / vom まで / bis 国名 / Staat	Zeitraum
保険者 / Versicherungsträger		保険番号 / Versicherungsnummer	

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

9

ドイツ以外で就業しましたか？ はいの場合、更なる事項を記入してください。特別制度の期間（例、公務員/または公務員と同等の者、EU職員、自営業、農業就労者）も記入して下さい。	☐ いいえ nein ☐ はい ja	Waren Sie auch außerhalb Deutschlands erwerbstätig? Falls ja, bitte weitere Angaben machen. Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (z. B. für Beamte/gleichgestellte Personen, EU-Bedienstete, Selbständige, Landwirte).
期間	から / vom まで / bis 国名 / Staat	Zeitraum
	保険者 / Versicherungsträger 保険番号 / Versicherungsnummer	
期間	から / vom まで / bis 国名 / Staat	Zeitraum
	保険者 / Versicherungsträger 保険番号 / Versicherungsnummer	
期間	から / vom まで / bis 国名 / Staat	Zeitraum
	保険者 / Versicherungsträger 保険番号 / Versicherungsnummer	
期間	から / vom まで / bis 国名 / Staat	Zeitraum
	保険者 / Versicherungsträger 保険番号 / Versicherungsnummer	
期間	から / vom まで / bis 国名 / Staat	Zeitraum
	保険者 / Versicherungsträger 保険番号 / Versicherungsnummer	

G

これまで申請していない育児期間（ドイツでの育児については更なる事項を記入する必要があります。ドイツ保険者が用紙 V0800 を送付します。）

Zeiten der Kindererziehung, soweit nicht bereits früher beantragt
 (Bei Erziehung in Deutschland werden weitere Angaben notwendig. Der deutsche Träger übersendet das Formblatt V0800.)

以下の子供を育児しました

Folgende Kinder wurden erzogen:

1

子供の姓 名（通常使用している名に下線を引いてください）		Nachname des Kindes
生年月日（出生証明書または戸籍抄本を添付して下さい）	Day 月 年 Tag Monat Jahr	Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)
出生地 （郡、州、国（市区町村、都道府県、日本国））		Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis oder Familienregistrauszug beifügen.)
妊娠時に就労しており、法定母性保護期間を理由に就労を中断しなければなりませんでしたが？	☐ いいえ nein ☐ はい ja	Geburtsort (Kreis, Land, Staat)
	から / vom まで / bis	Waren Sie während der Schwangerschaft berufstätig und mussten Sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

私は子供が生まれてから年齢 10 才を経過するまでの大部分の期間において育児しました。	☐ いいえ nein	☐ はい ja	Ich habe das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.
---	--------------------------------------	-----------------------------------	--

以下の国で / In folgenden Staaten	から / vom	まで / bis
	日 Tag 月 Monat 年 Jahr	日 Tag 月 Monat 年 Jahr
	日 Tag 月 Monat 年 Jahr	日 Tag 月 Monat 年 Jahr

2

子供の姓		Nachname des Kindes
名 (通常使用している名に下線を引いてください)		Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)
生年月日 (出生証明書または戸籍抄本を添付して下さい)	日 Tag 月 Monat 年 Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis oder Familienregistrauszug beifügen.)
出生地 (郡、州、国(市区町村、都道府県、日本国))		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)
妊娠時に就労しており、法定母性保護期間を理由に就労を中断しなければなりませんでしたか？	☐ いいえ nein	☐ はい ja
	から / vom	まで / bis
私は子供が生まれてから年齢 10 才を経過するまでの大部分の期間において育児しました。	☐ いいえ nein	☐ はい ja
		Ich habe das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.

以下の国で / In folgenden Staaten	から / vom	まで / bis
	日 Tag 月 Monat 年 Jahr	日 Tag 月 Monat 年 Jahr
	日 Tag 月 Monat 年 Jahr	日 Tag 月 Monat 年 Jahr

3

子供の姓		Nachname des Kindes
名 (通常使用している名に下線を引いてください)		Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)
生年月日 (出生証明書または戸籍抄本を添付して下さい)	日 Tag 月 Monat 年 Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis oder Familienregistrauszug beifügen.)
出生地 (郡、州、国(市区町村、都道府県、日本国))		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

妊娠時に就労しており、法定母性保護期間を理由に就労を中断しなければなりませんでしたが？	☐ いいえ nein ☐ はい ja	Waren Sie während der Schwangerschaft berufstätig und mussten Sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?
	☐ いいえ nein ☐ はい ja	
以下の国で / In folgenden Staaten		から / vom
		日 Tag 月 Monat 年 Jahr
		日 Tag 月 Monat 年 Jahr
4 すでに他の者がこの子供の育児期間の合算を申請しましたか？ はいの場合、以下を記入して下さい - 姓名 - ドイツの保険番号又は生年月日	☐ いいえ nein ☐ はい ja	Wurde die Anrechnung von Kindererziehungszeiten für diese Kinder bereits von einer anderen Person beantragt? Falls ja, bitte angeben: - Nachname, Vorname - Deutsche Versicherungsnummer oder Geburtsdatum
	日 Tag 月 Monat 年 Jahr	
5 あなた、あなたの配偶者またはあなたの登録生活パートナーは、育児期間の直前または育児期間中にドイツ以外での就労/就業のためにドイツの法定年金保険の強制保険料を支払いましたか？	☐ いいえ nein ☐ はい ja	Haben Sie, Ihr Ehegatte oder ihr Eingetragener Lebenspartner unmittelbar vor oder während der Erziehungszeit für eine Beschäftigung/Tätigkeit außerhalb Deutschlands Pflichtbeiträge zur deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?

H その他請求についての更なる事項

Weitere Angaben zu sonstigen Ansprüchen

1 すでに日本または他の外国の年金を申請しましたか、この年金を受給していますか、または受給しましたか？ はいの場合、以下を記入して下さい。 - 受給期間 - 年金の種類 - 保険者 (名称と住所)	☐ いいえ nein ☐ はい ja	Haben Sie bereits eine japanische oder eine andere ausländische Rente beantragt, wird oder wurde eine solche bezogen? Falls ja, bitte angeben: - Zeit des Bezuges - Art der Rente - Versicherungsträger (Name und Anschrift)
	から / vom まで / bis	

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2

- 保険番号または書類番号

ドイツ年金保険の遺族年金を申請しましたか、この年金を受給していますか、または受給しましたか？

はいの場合、以下を記入して下さい。

- 死亡した配偶者の姓名

- 死亡日

- 保険者

- 死亡した配偶者の保険番号または生年月日

☐ いいえ
nein

☐ はい
ja

日 Tag	月 Monat	年 Jahr

日 Tag	月 Monat	年 Jahr

- Versicherungsnummer oder Aktenzeichen

Haben Sie eine Hinterbliebenenrente aus der deutschen Rentenversicherung beantragt, wird oder wurde eine solche bezogen?

Falls ja, bitte angeben:

- Nachname und Vorname des verstorbenen Ehegatten

- Sterbedatum

- Versicherungsträger

- Versicherungsnummer oder Geburtsdatum des verstorbenen Partners

3

日本、ドイツまたはその他の国の事故保険の給付を申請しましたか、または事故年金を受給していますか、またはその代わりとして一時金を受け取りましたか？

はいの場合、以下を記入して下さい。

- 保険者と国名（名称と住所）

- 書類番号

☐ いいえ
nein

☐ はい
ja

Haben Sie eine Leistung aus der japanischen, deutschen oder einer anderen ausländischen Unfallversicherung beantragt oder wird eine Unfallrente bezogen oder wurde hierfür eine Abfindung gewährt?

Falls ja, bitte angeben:

- Versicherungsträger und Staat (Name und Anschrift)

- Aktenzeichen

I 声明

Erklärung

私は本申請書の全事項を知る限りにおいて正確に記入した旨を保証します。虚偽の事項を故意に記入した場合には、ドイツ連邦共和国当局により刑法にもとづき訴追される場合がありますことを承知しています。

私は給付義務を担う年金保険者に申請提起と年金認可後に支払いまたは受給資格自体に影響を及ぼすであろう変更事項を遅滞なく書式で通知し、支払額が多すぎた場合には超過額を年金保険者に返金する義務を負います。

私は日本の年金保険者がドイツの管轄年金保険者に対して書類に記載の国籍、無国籍または難民事項、日本の保険期間、年金請求権及びその額を通知できることに同意いたします。

私は本申請に関係する、または本申請の裁定後に必要となるであろう提出書類と証拠が給付権の裁定のために、日本の年金保険者からドイツの管轄年金保険者に提供されうることにより同意いたします。

私は年金申請手続きの処理のために必要となる限りにおいて、私が年金申請のために提出した、あるいは、書類に含まれる、または年金申請手続き中に作成される医師による全ての鑑定書および診断書が、ドイツ管轄年金保険者または日本の年金保険者により閲覧され、使用されうることにより同意いたします。私は更に主治医、精神科医、諸医療機関がこの年金保険者に対して私の健康状態に関する必要なすべての情報を提供することにも同意いたします。これらの情報にはこれらの医師等の手元にある、または年金申請手続き中に作成される医療書類も含まれます。

私は私の同意を将来にわたって随時撤回できることを了解しています。

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ich bei wissentlich falschen Angaben durch die Behörden der Bundesrepublik Deutschland strafrechtlich verfolgt werden kann.

Ich verpflichte mich, dem leistungspflichtigen Rentenversicherungsträger nach Antragstellung und Bewilligung der Rente unverzüglich jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflusst, schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge an den Rentenversicherungsträger zurückzuzahlen.

Mir ist bekannt, dass der japanische Rentenversicherungsträger dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger jede Information betreffend die Staatsangehörigkeit, Staatenlosigkeit oder Flüchtlingeigenschaft, den japanischen Versicherungsverlauf, den Anspruch auf Rente sowie dessen Höhe erteilen darf, die in den Akten enthalten ist.

Ich willige ein, dass alle vorgelegten Unterlagen und Beweismittel, die sich auf diesen Antrag beziehen oder die nach einer Entscheidung über diesen Antrag erforderlich werden, vom japanischen Rentenversicherungsträger dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger und umgekehrt zur Verfügung gestellt werden dürfen, damit über die Leistungsberechtigung entschieden werden kann.

Soweit für die Bearbeitung des Rentenanspruches erforderlich, **willige ich ein**, dass alle ärztlichen Gutachten oder Krankheitsbefunde, die ich im Rentenverfahren vorlege oder die in den Akten enthalten sind oder während des Rentenverfahrens erstellt werden, von dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger oder dem japanischen Rentenversicherungsträger eingesehen und verwertet werden dürfen. Ich willige außerdem ein, dass die behandelnden Ärzte, Psychologen und Einrichtungen diesen Rentenversicherungsträgern jede erforderliche Auskunft über meinen Gesundheitszustand erteilen. Dies schließt auch die Übersendung von dort vorliegenden oder während des Rentenverfahrens erstellten medizinischen Unterlagen ein.

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft zurücknehmen kann.

申請者の署名

Unterschrift des Antragstellers

日付 / Datum

署名 / Unterschrift

K 欄の支払い声明も記入し、署名して下さい。

稼働能力減少を理由とする年金申請の場合には、L 欄も記入して下さい。

Bitte noch die **Zahlungserklärung** im Teil K ausfüllen und unterschreiben!

Bei Antrag auf **Rente wegen Erwerbsminderung** bitte auch Teil L ausfüllen!



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

J 日本の保険者による確認

Bestätigung des japanischen Trägers

協定第17条1項にもとづく 申請日	日 月 年 Tag Monat Jahr	Tag der Antragstellung nach Artikel 17 Absatz 1 des Abkommens
年金申請者の身分事項（姓名、生年月日と国籍）は提出書類により確認された G欄の子供の身分事項（姓名、生年月日）は提出書類により確認された	☐ いいえ ☐ はい nein ja ☐ いいえ ☐ はい nein ja	Die Angaben zur Person des Rentenbewerbers (Nachname, Vorname, Geburtsdatum, sowie die Staatsangehörigkeit) werden aufgrund vorgelegter Urkunden bestätigt. Die Angaben zu den Kindern im Teil G (Nachname, Vornamen, Geburtsdatum) werden aufgrund vorgelegter Urkunden bestätigt.
日付	日 月 年 Tag Monat Jahr	Datum
署名		Unterschrift
日本の保険者の職印		Dienststempel des japanischen Trägers

K 支払い声明

Zahlungserklärung

1	年金の支払い方法は、以下のように お願いします		Die Rente soll gezahlt werden durch
	日本にある私の口座への振替送金	☐	Überweisung auf mein Konto in Japan
	口座番号 金融機関のSWIFT 銀行識別コード- BIC		Kontonummer SWIFT Bank Identifier Code des Geldinstituts - BIC
	金融機関の名称、支店番号と住所		Name, Zweigstellen-Nr. und Anschrift des Geldinstituts
2	ドイツ連邦共和国の金融機関にある 私の口座への振替送金 金融機関のSWIFT 銀行識別コード- BIC		Überweisung auf mein Konto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland SWIFT Bank Identifier Code des Geldinstituts - BIC

Versicherungsnummer																			
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen (soweit bekannt)									
---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

国際銀行口座番号 - IBAN		International Bank Account Number - IBAN	
金融機関の名称と住所		Name und Anschrift des Geldinstituts	
3	上記口座を利用できるのは私だけです	☐	Ich bin alleine verfügungsberechtigt über das genannte Konto.
4	上記口座に関する代理権を下記の者に付与しました（姓名、申請者との家族関係、住所を下欄に記入して下さい）:	☐	Eine Kontovollmacht über das Konto wurde erteilt für (bitte Nachname, Vorname, Familienverhältnis zum Antragsteller und Adresse hierunter angeben):
5	上記口座は共同名義口座です。（共同所有者の姓名、申請者との家族関係、住所を下欄に記入して下さい）	☐	Bei dem oben genannten Konto handelt es sich um ein Gemeinschaftskonto. Mitkontoinhaber ist (bitte Nachname, Vorname, Familienverhältnis zum Antragsteller und Adresse hierunter angeben):
6	代理人への支払い 年金は私の代理人にドイツ連邦共和国にある下記の口座/信託口座へ支払って下さい。	☐	Zahlung an den Bevollmächtigten Die Rentennachzahlung soll an meinen Bevollmächtigten gezahlt werden durch Überweisung auf das folgende Konto/Anderkonto in der Bundesrepublik Deutschland
金融機関のSWIFT 銀行識別コード - BIC		SWIFT Bank Identifier Code des Geldinstituts - BIC	
国際銀行口座番号 - IBAN		International Bank Account Number - IBAN	
金融機関の名称と住所		Name und Anschrift des Geldinstituts	

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

7

私が希望する上記の方法で年金が振替送金されたならば、**私は請求権が満たされた旨を声明します。**

私は年金の支払いまたは年金額、あるいは年金請求権そのものに影響を与えるであろう各事項の変更を年金振替窓口であるドイツ郵便株式会社の年金サービス事務所、（住所：13496 ベルリン、ドイツ）、に書式により遅滞なく通知する**義務を負います。**更に私は過剰に支払われた年金額を、50417 ケルン年金振替送金所としてのドイツ郵便株式会社の年金サービス事務所 に返金する義務を負います。そのために私は口座を管理する金融機関に過剰に支払われた年金額をドイツ郵便株式会社の年金サービス事務所、50417 ケルン、に返金するよう委託し、これは私の相続人に対しても適用されます。この委託は私だけが撤回でき、私の相続人は撤回することができません。

ここに記載の個人データは、ドイツ連邦共和国の社会法典第10 巻を遵守し集約されます。これらデータの提供は任意ですが、これは申請を処理し、年金を正確に支払うために必要です。

Ich erkläre, dass der Anspruch erfüllt ist, wenn die Rente in der vorstehend von mir gewünschten Form angewiesen wird.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder die Höhe der Rente oder den Rentenanspruch selbst beeinflusst, unverzüglich schriftlich der Deutschen Post AG - Niederlassung Renten Service - (Adresse: 13496 Berlin, Deutschland) als Rentenüberweisungsstelle mitzuteilen. Ferner verpflichte ich mich, zuviel gezahlte Beträge an die Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 50417 Köln als Rentenüberweisungsstelle zurückzuzahlen. Dazu habe ich das jeweils kontoführende Geldinstitut - mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber - beauftragt, die zuviel gezahlten Beträge an die Deutsche Post AG, Renten Service, 50417 Köln zurückzuüberweisen. Dieser Auftrag kann nur von mir - aber nicht von meinen Erben - widerrufen werden.

Die hiermit abgegebenen personenbezogenen Daten werden unter Beachtung des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches der Bundesrepublik Deutschland erhoben. Die Angaben sind freiwillig, aber für die Bearbeitung Ihres Antrages und für eine ordnungsgemäße Auszahlung der Rente - notwendig.

日付	日 月 年 Tag Monat Jahr	Datum
支払い受取人の署名		Unterschrift des Zahlungsempfängers
口座代理権保持者の署名		Unterschrift des Inhabers der Kontovollmacht
共同名義口座所有者の署名		Unterschrift des Mitkontoinhabers
8 金融機関の確認 支払い声明を一読し、第 1 項、第 3 項、第 4 項と第 5 項の記入事項が正しいことを確認します。		Bestätigung des Geldinstituts Wir nehmen die Zahlungserklärung zur Kenntnis und bestätigen die Angaben unter Punkt 1, 3, 4 und 5.
場所		Ort
日付	日 月 年 Tag Monat Jahr	Datum
金融機関の署名/印		Unterschrift / Stempel des Geldinstituts

Versicherungsnummer									

Kennzeichen (soweit bekannt)			

L 稼得能力減少についての事項

稼得能力減少を理由に年金を請求する場合にのみ、下欄を記入して下さい。

現在有効な医師診断書/病院報告書がある場合、その写本を添付して下さい。

Angaben zur Erwerbsminderung

Bitte nur auszufüllen, wenn Rente wegen Erwerbsminderung beantragt wird.

Sollten Sie über aktuelle ärztliche Unterlagen/Krankenhausberichte verfügen, legen Sie diese bitte in Kopie bei.

1	現在、労働不能となる病気を患っていますか？ はいの場合、いつからですか？	☐ いいえ nein ☐ はい ja 日 Tag 月 Monat 年 Jahr	Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krank? Falls ja, seit wann?
2	いつから自分が稼得能力減少だと見なしますか？	日 Tag 月 Monat 年 Jahr	Seit wann halten Sie sich für erwerbsgemindert?
3	この時期以降に以下により稼得収入を得ましたか？ - 被用者としての就労 (雇用者からの早期退職手当も含む) 月額総収入額 (雇用者の証明書を添付してください)	☐ いいえ nein ☐ はい ja	Haben Sie ab diesem Zeitpunkt Erwerbseinkommen bezogen aus - abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgeld vom Arbeitgeber) monatliche Bruttoeinkünfte (Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen.)
	- 自営業 (事業所、自営業、農林業等) 予想し得る税法上の月間利益 (前回の確定申告書または税理士の証明書を添付して下さい)	☐ いいえ nein ☐ はい ja 	- selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, Selbständige Arbeit; Land- und Forstwirtschaft) voraussichtlicher monatlicher steuerrechtlicher Gewinn (Bitte letzte Steuererklärung oder Bescheinigung des Steuerberaters beifügen.)
4	この時期以降に以下から短期稼得代替収入を得ましたか？ - 病気、事故、職業病等による労働不能を理由とする法定給付 給付の種類 受給期間	☐ いいえ nein ☐ はい ja 	Haben Sie ab diesem Zeitpunkt kurzfristiges Erwerbsersatz Einkommen bezogen aus - gesetzlicher Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Unfalls, Berufskrankheit usw. Art der Leistung Bezugszeitraum

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

法定給付の根拠となる月額総収入額 - 算定基準額 (証明書を添付して下さい) - 失業、操短手当、悪天候による就労不能を理由とする法定給付 - 母性保護を理由とする法定給付 給付の種類 受給期間 法定給付の基本となる月額総収入額 - 査定基本額 (証明書を添付して下さい)	☐ いいえ nein ☐ はい ja ☐ いいえ nein ☐ はい ja	Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens, das der gesetzlichen Leistung zugrunde lag - Bemessungsgrundlage (Bitte Nachweis beifügen.) - gesetzlicher Leistung wegen Arbeitslosigkeit, Kurzarbeitergeld, witterungsbedingten Arbeitsausfalls - gesetzlicher Leistung wegen Mutterschaft Art der Leistung Bezugszeitraum Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens, das der gesetzlichen Leistung zugrunde lag - Bemessungsgrundlage (Bitte Nachweis beifügen.)
	から / vom まで / bis	
私は返納額が200 ユーロ以下の場合には、私が受給する年金から、受給額の半分に相当する額を上限として、返納額を差し引かれることに同意します。	☐ いいえ nein ☐ はい ja	Ich bin damit einverstanden, dass ein zurückzahlender Betrag von bis zu 200 EUR von meiner laufenden Rente bis zu deren Hälfte einbehalten wird.
5 どのような健康障害によりご自身を稼働能力減少だと見なしますか？ (医師診断書と書類を添付して下さい)		Wegen welcher Gesundheitsstörungen halten Sie sich für erwerbsgemindert? (Bitte fügen Sie ihre ärztlichen Befunde und Unterlagen bei.)
6 どのような仕事をまだ出来ると思いますか？ 何時間ほど働くことが出来ると思いますか？	毎日 時間 / Stunden täglich	Welche Arbeiten können Sie nach Ihrer Auffassung noch verrichten? In welchem Umfang?
7 職業訓練、職業再訓練、更なる有資格化のための訓練を修了しましたか？ それとも速成職業訓練を受けましたか？ 開始と終了 訓練修了した職業または速成訓練を受けた職業 (証明書を添付して下さい)	☐ いいえ nein ☐ はい ja ☐ いいえ nein ☐ はい ja から / vom まで / bis	Haben Sie erfolgreich eine Berufsausbildung, Umschulung, weitere Qualifizierung absolviert oder bestand ein Anlernverhältnis? Beginn und Ende erlernter oder angelernter Beruf (Bitte Nachweis beifügen.)
8 健康障害は職業病、事故または他者が原因でしたか？ はいの場合、以下を記入して下さい - 原因 - 事故日	☐ いいえ nein ☐ はい ja 日 Tag 月 Monat 年 Jahr	Ist die Gesundheitsstörung durch eine Berufskrankheit, einen Unfall oder eine andere Person verursacht worden? Falls ja, bitte angeben: - die Ursache - den Tag des Unfalls

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

	その事故が他者の起こしたものであった場合、以下を記入して下さい 加害者の名前と住所		Falls der Unfall durch eine andere Person verursacht wurde, bitte Name und Anschrift des Schädigers
	損害賠償請求を提起しましたか？ はいの場合、誰に対してですか？ (名前と住所を記入してください)	☐ いいえ nein ☐ はい ja	Wurden Schadensersatzansprüche geltend gemacht? Falls ja , gegen wen? (Bitte Name und Anschrift angeben.)
9	この過去数年において通院による医師の治療を受けましたか、またはこの過去数年において医師の診察を受けるよう指示されましたか？ (医師の書類を添付して下さい) はいの場合、以下を記入して下さい - 医師の名前と住所	☐ いいえ nein ☐ はい ja	Waren Sie in der letzten Zeit in ambulanter ärztlicher Behandlung oder wurden in den letzten Jahren ärztliche Untersuchungen veranlasst? (Bitte fügen Sie ärztliche Unterlagen bei.) Falls ja , bitte angeben: - Name und Anschrift des Arztes
	- 疾病の種類		- Art der Leiden
	- 医療手当の開始と終了	から / vom まで / bis	- Beginn und Ende der Behandlung
10	この過去数年において入院治療を受けましたか？ (医師の書類を添付して下さい) はいの場合、以下を記入して下さい。 - 病院の名称と住所	☐ いいえ nein ☐ はい ja	Waren Sie in den letzten Jahren in stationärer Krankenhausbehandlung? (Bitte fügen Sie ärztliche Unterlagen bei.) Falls ja , bitte angeben: - Name und Anschrift des Krankenhauses
	- 疾病の種類		- Art der Leiden
	- 治療の開始と終了	から / vom まで / bis	- Beginn und Ende der Behandlung