Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover
Postal address: 38091 Braunschweig
GERMANY

Telephone: +49 531 7006 220
Facsimile: +49 531 7006 425
Email: info@drv-bsh.de

Deutsche Rentenversicherung Bund
Postal address: 10704 Berlin
GERMANY

Telephone: +49 30 865 0
Facsimile: +49 30 865 27240
Email: info@drv-bund.de

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
Postal address: 44781 Bochum
GERMANY

Telephone: +49 234 304-0
Facsimile: +49 234 304-53050
Email: rentenversicherung@kbs.de

Deutsche Rentenversicherung

J / D 2

ドイツ年金保険からの遺族年金の申請

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Ｘ印を付け、必要な証明書はすべて添付して下さい。

Antrag auf Hinterbliebenenrente

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	**死亡した被保険者についての事項**		**Angaben zur Person des verstorbenen 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		Japanische Anfragenummer
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 Familienregisterauszug beifügen.)
9	出生地 （郡、州、国(市区町村、都道府県、日本国)）		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)
10	被保険者の死亡年月日 （死亡証明書または戸籍抄本を添付して下さい）	日 Tag 月 Monat 年 Jahr	Sterbedatum des Versicherten (Bitte Sterbeurkunde oder Familienregisterauszug beifügen.)
11	性別	☐ 男 männlich ☐ 女 weiblich	Geschlecht
12	死亡時の国籍 （証明書を添付して下さい）		Staatsangehörigkeit(en) im Zeitpunkt des Todes (Bitte Nachweis beifügen.)
13	死亡した被保険者はいつドイツから出国しましたか？	日 Tag 月 Monat 年 Jahr	Wann hat der verstorbene Versicherte Deutschland verlassen?

A8207-00
Version 02002 - Stand 05/2018

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

14	ドイツの最終住所 （市町村、郡、通り）		Letzter Wohnsitz in Deutschland (Ort, Kreis, Straße)

B **寡婦/寡夫/遺族となった生活パートナーの身分事項**
（遺児の身分事項を G 欄に記入して下さい）

遺族となった生活パートナーの詳細は、説明書を参照して下さい

Personalien der Witwe / des Witwers/ des hinterbliebenen Lebenspartners (Bitte Personalien der Waise(n) im Teil G eintragen.)

Nähere Informationen zum hinterbliebenen Lebenspartner können Sie den Erläuterungen entnehmen.

1	姓		Nachname
2	名 （通常使用している名に下線を引いて下さい）		Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen.)
3	出生時の姓 （上記の姓と異なる場合）		Geburtsname (wenn abweichend)
4	以前の姓名		Frühere Namen
5	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 Geburtsurkunde oder Familienregisterauszug beifügen.)
6	現在の国籍 （証明書を添付して下さい）		Aktuelle Staatsangehörigkeit(en) (Bitte Nachweis beifügen.)
7	現在の住所		Derzeitige Anschrift
8	電話番号		Telefonnummer
9	ファクス番号		Telefaxnummer
10	ドイツに居住したことがありますか？ **はいの場合**、いつドイツから出国しましたか？	☐ いいえ nein ☐ はい ja 日 Tag 月 Monat 年 Jahr	Haben Sie in Deutschland gelebt? **Falls ja,** wann haben Sie Deutschland verlassen?
11	遺族ご自身のドイツの保険番号		Eigene deutsche Versicherungsnummer des Hinterbliebenen
12	ご自身の日本の基礎年金番号または年金手帳の番号		Eigene japanische Grundrentennummer oder Rentenbuch-Kennnummer
13	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)

14	被保険者との婚姻/生活パートナーシップ登録日 （婚姻/生活パートナーシップ証明書を添付して下さい）	日 Tag 月 Monat 年 Jahr	Tag der Eheschließung/der Eintragung der Lebenspartnerschaft mit dem Versicherten (Bitte Heirats-/Lebenspartner-schaftsurkunde beifügen)
15	婚姻/生活パートナーシップは被保険者の死亡時まで継続しましたか？	☐ いいえ nein ☐ はい ja	Bestand die Ehe/Eingetragene Lebenspartnerschaft bis zum Tod des Versicherten?
16	被保険者の死亡後に再婚/登録生活パートナーシップを築きましたか？ **はいの場合**、年月日	☐ いいえ nein ☐ はい ja 日 Tag 月 Monat 年 Jahr	Haben Sie nach dem Tod des Versicherten wieder geheiratet / eine Eingetragene Lebenspartnerschaft begründet? **Falls ja,** am

C 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 （通常使用している名に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

D 申請する年金の種類

Beantragte Rentenart

1	寡婦年金/寡夫年金/登録生活パートナーシップ遺族年金	☐	Witwenrente/Witwerrente / Rente an Hinterbliebene aus Eingetragener Lebenspartnerschaft
2	前々回の配偶者/登録生活パートナーによる寡婦年金/寡夫年金	☐	Witwenrente/Witwerrente nach dem vorletzten Ehegatten / Eingetragenen Lebenspartner
3	1977 年 7 月 1 日以前に離婚した配偶者への寡婦/寡夫年金 （離婚判決書を添付して下さい）	☐	Witwenrente/Witwerrente an vor dem 1.7.1977 geschiedene Ehegatten (Bitte Scheidungsurteil beifügen.)
4	遺児年金 （遺児についての事項は G 欄を参照）	☐	Waisenrente (Angaben zu den Waisen im Teil G.)

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

大寡婦年金の年齢にまだ達していない**場合にのみ、以下を記入して下さい。**（D 欄、第 5 項と 6 項の説明を参照）

Nur ausfüllen, falls Sie noch nicht das Alter für eine große Witwenrente erreicht haben (siehe Erläuterungen, Teil D, Punkte 5 und 6).

5	18 歳未満の子供をまだ育児していますか、または障害により自分で扶養できない子供の世話をしていますか？ （出生証明書または障害証明書を添付して下さい） **はいの場合、**以下を記入して下さい - 子供の姓名	☐ いいえ nein ☐ はい ja	Erziehen Sie noch ein Kind unter 18 Jahren oder sorgen Sie für ein Kind, das wegen Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten? (Bitte Geburtsnachweis oder Nachweis über die Behinderung beifügen.) **Falls ja**, bitte angeben: - Vollständiger Name des Kindes
	- 子供の生年月日	日 Tag 月 Monat 年 Jahr	- Geburtsdatum des Kindes
6	ご自身を稼得能力減少と見なしますか？ （**医師の診断書**と**書類**を添付して下さい）	☐ いいえ nein ☐ はい ja	Halten Sie sich für erwerbsgemindert? (Bitte fügen Sie **ärztliche Befunde** und **Unterlagen** bei.)

E 年金申請のためのその他事項

Weitere Angaben zum Rentenantrag

1	被保険者の死亡は、労働事故、職業病等によるものですか？ **はいの場合、**記入して下さい - 原因	☐ いいえ nein ☐ はい ja	Ist der Tod des Versicherten durch einen Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit oder ähnliches verursacht worden? **Falls ja**, bitte angeben: - Ursache
	- 事故日	日 Tag 月 Monat 年 Jahr	- Tag des Unfalls
2	被保険者の死亡は他者または事故によるものですか？ **はいの場合**、記入して下さい - 原因	☐ いいえ nein ☐ はい ja	Ist der Tod des Versicherten durch eine andere Person oder durch einen Unfall verursacht worden? **Falls ja**, bitte angeben: - Ursache
	- 事故日		- Tag des Unfalls
	死亡が他者に起因する場合； 加害者の姓名と住所を記入して下さい		**Falls der Tod durch eine andere Person verursacht wurde:** Bitte Name und Anschrift des Schädigers angeben.

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

3	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下さい。 書類記号	☐ いいえ nein　☐ はい ja	Wurden Schadensersatzansprüche geltend gemacht? **Falls ja**, gegen wen? Bitte Name und Adresse angeben. Aktenzeichen
4	死亡した被保険者は日本または他の外国の年金をすでに申請/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） - 保険番号、書類記号	☐ いいえ nein　☐ はい ja 日 Tag　月 Monat　年 Jahr	Hat der verstorbene Versicherte bereits eine japanische oder eine andere ausländische Rente beantragt/ bezogen? **Falls ja**, bitte angeben: - Zeit des Bezuges - Art der Rente - Versicherungsträger (Name und Adresse) - Versicherungsnummer, Aktenzeichen

F 寡婦/寡夫/登録生活パートナーシップ遺族の補足事項

Zusätzliche Angaben der Witwe / des Witwers / des Hinterbliebenen aus Eingetragener Lebenspartnerschaft

1	日本、ドイツまたはその他の外国からの遺族年金を申請/または一度受給したことがありますか？ **はいの場合**、記入して下さい - 保険者/国名 - 保険番号、書類記号	☐ いいえ nein　☐ はい ja	Haben Sie eine Hinterbliebenenrente aus Japan, Deutschland oder dem sonstigen Ausland beantragt oder schon einmal eine bezogen? **Falls ja,** bitte angeben: - Versicherungsträger / Staat - Versicherungsnummer, Aktenzeichen
2	日本、ドイツからの遺族年金またはその他の外国の事故保険による遺族年金を申請/または一度受給し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/国名 - 保険番号、書類記号	☐ いいえ nein　☐ はい ja	Haben Sie eine **Hinterbliebenenrente** aus der japanischen, deutschen oder der Unfallversicherung eines andern Staates beantragt oder schon einmal eine bezogen? **Falls ja**, bitte angeben: - Versicherungsträger / Staat - Versicherungsnummer, Aktenzeichen

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

婚姻/登録生活パートナーシップが

- 2001 年 12 月 31 日以降に締結された、または
- 2002 年 1 月 1 日以前に締結され、そして両配偶者/登録生活パートナーの生年月日が 1962 年 1 月 1 日以降である**場合にのみ、記入して下さい**

Nur ausfüllen, wenn die Ehe / Eingetragene Lebenspartnerschaft

- nach dem 31.12.2001 geschlossen wurde oder
- vor dem 1.1.2002 geschlossen wurde und beide Ehegatten/Eingetragene Lebenspartner nach dem 1.1.1962 geboren sind

3	子供が年齢 3 才に達する前にご自身で育児しましたか？ **はいの場合**： この子供についてドイツの合算期間が認定されましたか/合算期間を申請しましたか？ 誰のためにですか？	☐ いいえ nein ☐ いいえ nein	☐ はい ja ☐ はい ja	Haben **Sie selbst** ein Kind vor dessen 3. Lebensjahr erzogen? **Falls ja:** Wurden für dieses Kind bereits deutsche Berücksichtigungszeiten anerkannt/beantragt? Für welche Person?

G **遺児の身分事項**
（証明書または戸籍抄本を添付して下さい）
年齢 18 才を経過した遺児については専用の用紙 J/D2 と学校、大学または職業訓練の証明書が必要です。

Personalien der Waise(n)
(Bitte Nachweis oder Familienregisterauszug beifügen)
Für jede Waise, die das 18. Lebensjahr vollendet hat, sind ein eigenes Formblatt J/D 2 und Schul-, Hochschul- oder Ausbildungsnachweise notwendig.

遺児の姓	名	生年月日	死亡した被保険者と子供の関係 (1)	18 才以上の遺児の場合 学業の種類または「身体障害	国籍
Nachname der Waise	Vorname	Geburtsdatum	Kindschafts-verhältnis zum verstorbenen Versicherten (1)	Bei Waisen über 18 Jahre: Art der Ausbildung oder „behindert“	Staats-angehörigkeit

(1) 例、嫡出子、非嫡出子、継子（G 欄の説明を参照）
z. B. eheliches Kind, nichteheliches Kind, Stiefkind (siehe Erläuterungen zu Teil G)

2	住所、寡婦/寡夫の住所と異なる場合		Anschrift, falls abweichend von der Anschrift der Witwe/des Witwers

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

H 遺児についての補足事項 / Zusätzliche Angaben zu den Waisen

1	遺児により以下の給付が申請またはすでに（現在）給付されていますか？		Wurde von einer Waise eine der folgenden Leistungen beantragt oder werden solche Leistungen bezogen?
	- 他方の親のドイツ年金保険からの遺児年金	☐ いいえ nein ☐ はい ja	- Waisenrente aus der **deutschen Rentenversicherung** eines anderen Elternteils?
	はいの場合、記入して下さい		**Falls ja**, bitte angeben:
	- 遺児の名		- Vorname der Waise
	- 死亡した一方の親の姓名		- Name des verstorbenen Elternteils
	- 保険者		- Versicherungsträger
	死亡した一方の親の保険番号または生年月日	日 Tag 月 Monat 年 Jahr	Versicherungsnummer oder Geburtsdatum des verstorbenen Elternteils
	- 日本、ドイツまたは他の外国の**事故保険**からの遺児年金	☐ いいえ nein ☐ はい ja	- Waisenrente aus der japanischen, der deutschen oder der **Unfallversicherung** eines anderen Staates?
	はいの場合、以下を記入して下さい		**Falls ja**, bitte angeben:
	- 遺児の名		- Vorname der Waise
	- 保険者/国名		- Versicherungsträger / Staat
	- 書類記号		- Aktenzeichen
	- ドイツ法にもとづくその他の遺児年金/給付？	☐ いいえ nein ☐ はい ja	- sonstige Waisenrenten/-leistungen nach **deutschen** Recht?
	はいの場合、以下を記入して下さい		**Falls ja**, bitte angeben:
	- 遺児の名		- Vorname der Waise
	- 死亡した一方の親の姓名		- Name des verstorbenen Elternteils
	- 当局		- Behörde
	- 書類記号		- Aktenzeichen
2	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 Identifikations-nummer für steuerliche Zwecke (soweit bekannt)

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

I **以下の者の現在の収入についての事項遺族**

				Angaben zum eigenen laufenden Einkommen des Hinterbliebenen
	被保険者の死亡以来、以下の給付を受けていますか、または受けましたか？			Beziehen oder bezogen Sie seit dem Tod des Versicherten eine der folgenden Leistungen?
1	以下による**稼得収入**			**Erwerbseinkommen** aus
	- 被用者としての就業（雇用者からの早期退職手当、手当金及び補償金を含む）	☐ いいえ nein	☐ はい ja	- abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder, Zuschüsse und Abfindungen vom Arbeitgeber)
	- **自営業**（事業所、自営業、農林業等）	☐ いいえ nein	☐ はい ja	- selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.)
2	**短期間の稼得収入** 法定または民間疾病手当金、事故手当金、失業保険金または母性手当金	☐ いいえ nein	☐ はい ja	**kurzfristiges Erwerbsersatzeinkommen** wie gesetzliches oder privates Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- oder Mutterschaftsgeld
3	**継続的稼得代替収入** ドイツ、日本、またはその他の**法定**年金または事故保険または扶養制度からのご自身の被保険者年金または恩給等	☐ いいえ nein	☐ はい ja	**dauerhaftes Erwerbsersatzeinkommen** wie eigene Versichertenrente oder Pension aus der deutschen, japanischen oder einer anderen **gesetzlichen** Renten- oder Unfallversicherung oder einem Versorgungssystem
	- 保険者/国名			- Versicherungsträger / Staat
	- 保険番号/書類記号			- Versicherungsnummer / Aktenzeichen
	雇用者からの、または民間生命保険、事故保険または年金保険からのご自身の年金または恩給	☐ いいえ nein	☐ はい ja	eigene Rente oder Pension vom Arbeitgeber oder aus einer **privaten** Lebens-, Unfall- oder Rentenversicherung
4	短期または継続的稼得代替収入を申請しましたか？	☐ いいえ nein	☐ はい ja	Haben Sie kurzfristiges oder dauerhaftes Erwerbsersatzeinkommen beantragt?
5	継続的給付の代わりに一時金を受け取りましたか？	☐ いいえ nein	☐ はい ja	Wurde anstelle einer dauerhaften Leistung eine Abfindung gewährt?
6	**資産収入**			**Vermögenseinkommen**
	- 資本財産（利子、配当、株利益またはその他出資からの収入）	☐ いいえ nein	☐ はい ja	- aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden, Gewinne aus Aktien oder anderen Beteiligungen)
	- 保険からの収入	☐ いいえ nein	☐ はい ja	- aus Versicherungen
	- 使用賃貸借/用益賃貸からの収入	☐ いいえ nein	☐ はい ja	- aus Vermietung / Verpachtung
	- 個人の売却業務からの収入	☐ いいえ nein	☐ はい ja	- aus privaten Veräußerungsgeschäften
7	申請者として疾病保険に加入していますか？（証明書を添付して下さい）	☐ いいえ nein	☐ はい ja	Sind Sie als Antragsteller krankenversichert? (Bitte Nachweis beifügen.)

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

8	（上記以外に）死亡した者の子供ではないことを理由に遺児年金を申請していない年齢 27 才以下の子供がいますか？ **はいの場合**、以下を記入して下さい - 子供の姓名	☐ いいえ nein ☐ はい ja	Sind weitere Kinder unter 27 Jahren vorhanden, für die **keine** Waisenrente beantragt wird, weil sie nicht Kinder des Verstorbenen sind? **Falls ja**, bitte angeben: - Nachname und Vorname des Kindes
	- 子供の生年月日 年齢 18 才を経過した子供について記入して下さい。	日 Tag 月 Monat 年 Jahr	- Geburtsdatum des Kindes Bei Kindern, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, bitte angeben:
	- 学業の種類または - 障害 （証明書を添付して下さい）		- Art der Ausbildung oder - Behinderung (Bitte Nachweis beifügen.)

遺族 自身の年金開始前の暦年における収入についての事項

被保険者の死亡前の暦年において以下の給付を受けましたか？

Angaben zum eigenen Einkommen des Hinterbliebenen im Kalenderjahr vor Rentenbeginn

Bezogen Sie im Kalenderjahr vor dem Tod des Versicherten eine der folgenden Leistungen?

9	以下からの**稼得収入** - 被用者としての就業 （雇用者からの早期退職手当金、手当金及び補償金を含む） - **自営業** （一般営業、自営業、農林業等） **はいの場合、** 期間を記入して下さい。	☐ いいえ nein ☐ はい ja ☐ いいえ nein ☐ はい ja から / vom / まで / bis から / vom / まで / bis	**Erwerbseinkommen** aus - abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder, Zuschüsse und Abfindungen vom Arbeitgeber) - selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, Selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.) **Falls ja,** bitte Zeiträume angeben:
10	**短期間の稼得代替収入** 法定または民間疾病手当金、事故手当金、失業保険金または母性手当金等 **はいの場合、** 受給期間を記入して下さい。	☐ いいえ nein ☐ はい ja から / vom / まで / bis から / vom / まで / bis	**kurzfristiges Erwerbsersatzeinkommen** wie gesetzliches oder privates Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- oder Mutterschaftsgeld **Falls ja**, bitte Zeiträume des Bezuges angeben:

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

J 死亡した被保険者のドイツ年金期間についての事項
（死亡した被保険者がまだ年金を受給していなかった場合にのみ記入して下さい）

以下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、ドイツの保険者から送付されている死亡した被保険者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。そして証明書を添付して下さい。
保険期間の証明については必要に応じてドイツの保険者に請求することができます）

J Angaben zum deutschen Versicherungsleben des verstorbenen Versicherten
(Bitte nur ausfüllen, wenn der verstorbene Versicherte noch **keine** Rente bezog.)

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** im Versicherungsverlauf enthalten sind und fügen Sie bitte entsprechende Beweismittel bei.
Einen Versicherungsverlauf können Sie bei Bedarf vom deutschen Versicherungsträger anfordern.

期間 から - まで	被用者としての就労または自営業の正確な名称 （代替期間についてはその期間の種類を記入して下さい）	雇用者/会社の名前と住所 自営業の場合には「自営」と記入して下さい	死亡した被保険者が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)

記入欄が足らない場合には別の用紙を使用して下さい / Falls Platz nicht ausreicht, bitte auf gesondertem Blatt fortsetzen!

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

K **死亡した者の保険期間についての更なる事項**
（死亡した被保険者が年金を受給していなかった場合にのみ記入して下さい）

Weitere Angaben zum Versicherungsleben des Verstorbenen
(Bitte nur ausfüllen und Nachweise beifügen, wenn der verstorbene Versicherte noch **keine** Rente bezog.)

1	死亡した者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、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したか？ **はいの場合**、以下を記入して下さい - 補償当局 - 書類記号	☐ いいえ nein　☐ はい ja	War der Verstorbene Verfolgter des Nationalsozialismus im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes oder politisch Verfolgte(r) der ehemaligen DDR im Sinne des Beruflichen Rehabilitierungsgesetzes? **Falls ja**, bitte angeben: - Entschädigungsbehörde - Aktenzeichen
2	あなた、遺児または死亡した者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） **はいの場合**、難民証明書を添付して下さい	☐ いいえ nein　☐ はい ja	Sind Sie, die Waise oder war der Verstorbene Vertriebene(r) oder Flüchtling im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes? **Falls ja,** bitte Vertriebenenausweis(e) beifügen.
3	死亡した者は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したか？ **はいの場合**、以下を記入して下さい - 保険者 - 保険番号/書類記号	☐ いいえ nein　☐ はい ja	Sind dem Verstorbenen jemals Beiträge aus der deutschen Rentenversicherung erstattet worden? **Falls ja**, bitte angeben: - Versicherungsträger - Versicherungsnummer / Aktenzeichen
4	死亡した者はドイツで職業訓練を受けましたか（修了しなかった場合も含める）？ 期間 職業訓練の種類 （証明書を添付して下さい） 場合によっては修了年月日 （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	Hat der Verstorbene **in Deutschland** Zeiten der Berufsausbildung zurückgelegt (auch ohne Abschluss)? Zeitraum Art der Berufsausbildung (Bitte Nachweis beifügen.) gegebenenfalls Abschluss am (Bitte Nachweis beifügen.)
5	死亡した者はドイツで労働不能の疾病を患っていましたか、または保険期間に含まれていないリハビリ用の給付を受けていましたか？ 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	War der Verstorbene **in Deutschland** arbeitsunfähig krank oder hat er Leistungen zur Rehabilitation erhalten, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind? Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

6	死亡した者はドイツで失業届けを出していましたか、そしてこの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 から / vom	☐ はい ja まで / bis	War der Verstorbene **in Deutschland** arbeitslos gemeldet und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten? Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)
		から / vom	まで / bis	
7	死亡した者は年齢 17 才の経過後にドイツ、日本あるいは他の国で学校、専門学校、専門大学または総合大学での教育を修了し、この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 から / vom	☐ はい ja まで / bis	Hat der Verstorbene nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schul-, Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung in Deutschland, Japan oder einem anderen Staat absolviert und ist diese Zeit **nicht** im Versicherungsverlauf enthalten? Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)
		から / vom	まで / bis	
8	死亡した者は年齢 17 才から 25 才までの間にドイツ、日本、あるいはその他の国で少なくとも 1 暦月、病気を患っており、この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 から / vom	☐ はい ja まで / bis	War der Verstorbene zwischen dem 17. und dem 25. Lebensjahr mindestens einen Kalendermonat in Deutschland, Japan oder einem anderen Staat krank und ist diese Zeit **nicht** im Versicherungsverlauf enthalten? Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)
		から / vom	まで / bis	
9	死亡した者は年齢 16 歳の経過後、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、あるいは年齢 15 歳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	Hat der Verstorbene nach Vollendung des 16. Lebensjahres in einem der folgenden Länder gewohnt: Australien, Finnland, Island, Israel, Kanada/Quebec, 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 / Staat	Zeitraum
	保険者 / Versicherungsträger		保険番号 / Versicherungsnummer	
期間	から / vom	まで / bis	国 / Staat	Zeitraum
	保険者 / Versicherungsträger		保険番号 / Versicherungsnummer	

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

10

死亡した者はドイツ以外(日本においても)稼得就労していましたか？はいの場合、以下事項を記入して下さい。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、農業就業者）も記入して下さい。	☐ いいえ nein　☐ はい ja	War der Verstorbene auch **außerhalb** Deutschlands (auch in Japan) erwerbstätig? **Wenn 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 / Staat	Zeitraum
	保険者 / Versicherungsträger		保険番号 / Versicherungsnummer	
期間	から / vom	まで / bis	国 / Staat	Zeitraum
	保険者 / Versicherungsträger		保険番号 / Versicherungsnummer	
期間	から / vom	まで / bis	国 / Staat	Zeitraum
	保険者 / Versicherungsträger		保険番号 / Versicherungsnummer	
期間	から / vom	まで / bis	国 / Staat	Zeitraum
	保険者 / Versicherungsträger		保険番号 / Versicherungsnummer	
期間	から / vom	まで / bis	国 / Staat	Zeitraum
	保険者 / Versicherungsträger		保険番号 / Versicherungsnummer	

L

死亡した者の育児期間
（死亡した被保険者が年金を受給していなかった場合にのみ記入し、証明書を添付して下さい、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 des Verstorbenen
(Bitte nur ausfüllen und Nachweise beifügen, wenn der verstorbene Versicherte noch keine Rente bezog. 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 姓		Nachname
名（通常使っている名に下線を引いて下さい）		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 Familienregisterauszug beifügen.)
出生地（郡、州、国（市町村、都道府県、日本））		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

死亡した者は妊娠時に就労しており、法定母性保護期間を理由にこの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	War die Verstorbene während der Schwangerschaft berufstätig und musste sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?
死亡した者は子供が誕生してから年齢 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	Der Verstorbene hat 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

姓		Nachname
名 （通常使っている名に下線を引いて下さい）		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 Familienregisterauszug beifügen.)
出生地 （郡、州、国（市町村、都道府県、日本））		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)
死亡した者は妊娠時に就労しており、法定母性保護期間を理由にこの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	War die Verstorbene während der Schwangerschaft berufstätig und musste sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?
死亡した者は子供が誕生してから年齢 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	Der Verstorbene hat 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

姓		Nachname
名 （通常使っている名に下線を引いて下さい）		Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

生年月日 （出生証明書または戸籍抄本を添付して下さい） 出生地 （郡、州、国（市町村、都道府県、日本））	日 Tag　月 Monat　年 Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis oder Familienregisterauszug beifügen.) Geburtsort (Kreis, Land, Staat)
死亡した者は妊娠時に就労しており、法定母性保護期間を理由にこの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	War die Verstorbene während der Schwangerschaft berufstätig und musste sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?
死亡した者は子供が誕生してから年齢 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	Der Verstorbene hat 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

4	これら(上記)の子供の育児期間を合算するよう、他の者がすでに申請しましたか？ **はいの場合**、以下を記入して下さい - 姓名 - ドイツの保険番号または生年月日	☐ いいえ nein　☐ はい ja 日 Tag　月 Monat　年 Jahr	Wurde die Anrechnung von Kindererziehungszeiten für diese Kinder bereits von einer anderen Person beantragt? **Falls ja**, bitte angeben: - Nachname, Vorname - Deutsche Versicherungsnummer oder Geburtsdatum
5	貴方または死亡した者は育児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 oder der Verstorbene unmittelbar vor oder während der Erziehungszeit für eine Beschäftigung / Tätigkeit außerhalb Deutschlands Pflichtbeiträge zur **deutschen** gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?

M　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ることを承知しています。	**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.
私は給付義務を負う年金保険者に申請提起と年金認可後に - 家族身分の変更（例、再婚）と F、H 及び I 欄に説明を記載する給付または収入の申請と受理	**Ich verpflichte mich,** dem leistungspflichtigen Rentenversicherungsträger nach Antragstellung und nach Bewilligung der Rente unverzüglich - jede Änderung meiner Familienverhältnisse (z. B. meine Wiederheirat) und die Beantragung und den Empfang der im Teil F, H und I aufgeführten Leistungen bzw. Einnahmen

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

- 遺族年金/遺児年金の受給に影響を及ぼす変更（例、学業の中断または終了）	- Änderungen, die auf den Bezug der Hinterbliebenen- / Waisenrente Einfluss haben (z. B. Unterbrechung oder Beendigung der Ausbildung)
- 子供の死亡等	- den Tod des Kindes usw.
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。	schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge an den Rentenversicherungsträger zurückzuzahlen.
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。	**Mir ist bekannt,** dass der japanische Rentenversicherungsträger dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger jede Information, betreffend die Staatsangehörigkeit, Staatenlosigkeit oder Flüchtlingseigenschaft, den japanischen Versicherungsverlauf, den Anspruch auf Rente sowie dessen Höhe, erteilen darf, die in den Akten enthalten ist.
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**同意いたします**。	**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.
貴方がまだ大寡婦/寡夫年金を申請する年齢に達しておらず、子供を育児せず、そしてご自身を稼得能力減少と見なす場合の大寡婦/寡夫年金の申請と障害を理由とする遺児年金の申請についてのみ	Nur für Anträge auf große Witwen-/Witwerrente, wenn Sie das entsprechende Lebensalter noch nicht erreicht haben, kein Kind erziehen und sich für erwerbsgemindert halten sowie bei Anträgen auf Waisenrente wegen Behinderung:
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。	Soweit für die Bearbeitung des Rentenantrages 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.
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 weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft zurücknehmen kann.

申請者の署名 **Unterschrift des Antragstellers**

日付	日 Tag 月 Monat 年 Jahr	Datum
署名		Unterschrift

O 欄の支払い声明も記入し、署名して下さい

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

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

N **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 Tag 月 Monat 年 Jahr	Tag der Antragstellung nach Artikel 17 Absatz 1 des Abkommens
死亡した者（A 欄）と遺族（B欄とG欄）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	☐ いいえ nein ☐ はい ja	Die Angaben zur Person (Nachname, Vorname(n), Geburtsdatum sowie die Staatsangehörigkeit) des Verstorbenen (Teil A) und der Hinterbliebenen (Teile B und G) werden aufgrund vorgelegter Urkunden bestätigt.
死亡日と死亡まで存続した婚姻/登録生活パートナーシップについての記入内容は提出書類により確認された	☐ いいえ nein ☐ はい ja	Die Angaben zum Sterbedatum und zur bis zum Tode bestehenden Ehe/ Eingetragenen Lebenspartnerschaft werden aufgrund vorgelegter Urkunden bestätigt.
L 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 nein ☐ はい ja	Die Angaben zu den Kindern im Teil L (Nachname, Vorname(n), Geburtsdatum) werden aufgrund vorgelegter Urkunden bestätigt.
日付	日 Tag 月 Monat 年 Jahr	Datum
署名		Unterschrift
日本の保険者の職印		Dienststempel des japanischen Trägers

O **支払い声明** **Zahlungserklärung**

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

1	日本にある私の口座への振替送金 口座番号	☐	Überweisung auf **mein** Konto in Japan Kontonummer
	金融機関の SWIFT 銀行識別コード - BIC		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	☐ **D E**	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
	D E		
	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。口座の共同所有者は（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。 **金融機関の SWIFT 銀行識別コード - BIC** **国際銀行口座番号 - IBAN**	☐ D E	**Zahlung an den Bevollmächtigten** Die Rentennachzahlung soll an meinen Bevollmächtigten gezahlt werden durch Überweisung auf das folgende Konto/Anderkonto in der Bundesrepublik Deutschland **SWIFT Bank Identifier Code des Geldinstituts - BIC** **International Bank Account Number – IBAN**
	D E		
	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、あるいは年金受給資格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 Tag 月 Monat 年 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。 場所		Bestätigung des Geldinstituts Wir nehmen die Zahlungserklärung zur Kenntnis und bestätigen die Angaben unter Punkt 1, 3, 4 und 5. Ort
日付	日 Tag 月 Monat 年 Jahr	Datum
金融機関の署名/印		Unterschrift / Stempel des Geldinstituts