

## 社会保険に関する日本国とルクセンブルク大公国との間の協定

CONVENTION DE SÉCURITÉ SOCIALE ENTRE LE JAPON  
ET LE GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG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 Pension Nationale/ Assurance Pension pour  
Travailleurs Salariés(pour la Pension de **Survivants**)(à utiliser également pour la demande de décision pour l'Assurance  
Pension pour Travailleurs salariés auprès de l'Association d'Assistance  
mutuelle)

ルクセンブルク実施機関記入欄

Utilisé par l'institution compétente  
du Luxembourg

受付日が入ったスタンプ

Date de réception par l'institution  
compétente du Luxembourg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  
À remplir seulement par les organismes  
de liaison japonaisこの請求書は、ルクセンブルクの実施機関の窓口提出用です。  
Ce formulaire est à soumettre uniquement à l'institution compétente du  
Luxembourg.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 la pension de base japonaise ou numéro du livret  
de pension de la personne décédée死亡者のルクセンブルクにおける個人識別番号  
Numéro d'identification personnel de la personne décédée au Luxembourg

## 1. 死亡者に関する情報 / Personne décédée

①氏 Nom de famille	ローマ字 / en lettres alphabétiques		②名 Prénom	ローマ字 / en lettres alphabétiques		
	カタカナ/en lettres Katakana	漢字/en caractères Kanji		カタカナ/en lettres Katakana	漢字/en caractères 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 de famille	ローマ字 / en lettres alphabétiques		②名 Prénom	ローマ字 / en lettres alphabétiques		
	カタカナ/en lettres Katakana	漢字/en caractères Kanji		カタカナ/en lettres Katakana	漢字/en caractères 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 lettres alphabétiques					
	カタカナ / en lettres Katakana					
⑥死亡者との続柄 / Relation avec la personne décédée						
⑦申請者の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Numéro de la pension de base du demandeur ou numéro du livret de pension						
⑧申請者のルクセンブルクの個人識別番号 Numéro d'identification personnel du demandeur au Luxembourg						
⑨電話番号 (国番号、エリアコードを含む) Numéro de téléphone y compris l'indicatif régional et celui du pays						
⑩年収が850万円未満ですか Le revenu annuel est en dessous de ¥ 8.500.000 ?			<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non			

3. 子に関する情報 / Enfant(s) de la personne décédée

①氏 Nom de famille	ローマ字 / en lettres alphabétiques		②名 Prénom	ローマ字 / en lettres alphabétiques			
	カタカナ / en lettres Katakana	漢字 / en caractères Kanji		カタカナ / en lettres Katakana	漢字 / en caractères Kanji		
1	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 avec invalidité ?				<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 Le revenu annuel est en dessous de ¥ 8.500.000 ?				<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non			
①氏 Nom de famille	ローマ字 / en lettres alphabétiques		②名 Prénom	ローマ字 / en lettres alphabétiques			
	カタカナ / en lettres Katakana	漢字 / en caractères Kanji		カタカナ / en lettres Katakana	漢字 / en caractères Kanji		
2	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 avec invalidité ?				<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 Le revenu annuel est en dessous de ¥ 8.500.000 ?				<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non			

子の人数が3人以上の場合は、別紙にご記入いただきこの請求書に添付してください。 / Au cas où le demandeur a d'autres enfants, veuillez indiquer les informations de cette section les concernant sur une feuille de papier séparée, qui est à soumettre avec le formulaire de la demande.

4. 支払金融機関に関する情報 / Désignation d'une institution financière à laquelle les prestations seront envoyées

①銀行の名前 Nom de la banque		②本店又は支店名 Siège social ou nom de la succursale	<input type="checkbox"/> 本店 / Siège social <input type="checkbox"/> _____ 支店 / succursale
③口座番号 Numéro du compte		④銀行の住所 Adresse de la banque	ローマ字 / en lettres alphabétiques カタカナ / en lettres Katakana
⑤ルクセンブルクにある銀行への送金を希望する場合は、その銀行に関するSWIFTコード（8桁または11桁の英数字）を記入して下さい。 Si vous préférez la remise à une banque située au Luxembourg, veuillez remplir le code SWIFT (8 ou 11 chiffres)			
⑥ルクセンブルクにある銀行への送金を希望する場合は、その銀行に関するIBANコード（最大34桁の英数字）を記入して下さい。 Si vous préférez la remise à une banque située au Luxembourg, veuillez remplir le code IBAN (jusqu'à 34 chiffres)			

5. 申請者が現在受給している日本の公的年金に関する情報 / Pension publique japonaise reçue 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。 Est-ce que le demandeur reçoit une pension publique japonaise ou revendique-t-il actuellement une pension ?		<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non			
①制度名 Nom du régime		②支給を受けることとなった年月日 Date de début de la pension	年 / A	月 / M	日 / J
③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 brevet de pension					

6. 死亡者の日本の年金制度における保険加入期間に関する情報 / Histoire de la couverture de la personne décédée en vertu des régimes de pension japonais

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。

Mentionnez son histoire détaillée de la couverture en vertu des régimes de pension publique japonaise aussi précisément que possible.

加入期間 (年/月/日) Période de couverture A partir de A/M/J Au 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, et celui du navire au cas où vous étiez membre de son équipage à bord	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 votre adresse lorsque vous étiez inscrit dans la Pension Nationale	加入していた年金制度等(注) Régime de pension en vertu duquel vous étiez 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			
/ / 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。
- 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。
- 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、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。

(\*)

- Indiquez le numéro de la manière suivante; "1" pour la Pension Nationale, "2" pour l'Assurance Pension pour Travailleurs salariés (à l'exception de l'assurance des marins et d'Assistance Mutuelle), "3" pour l'Assurance Pension pour Travailleurs Salariés (marins) et "4" pour l'Assurance Pension pour Travailleurs Salariés (Association d'Assistance Mutuelle).
- Lorsque vous remplissez "4" pour l'Assurance Pension pour Travailleurs Salariés (Association d'Assistance Mutuelle), veuillez écrire le nom de l'Association d'Assistance Mutuelle à laquelle vous appartenez.
- Veuillez mentionner également l'ancien nom de la personne décédée dans cette colonne, si son ancien nom est différent de son nom actuel suite au mariage ou pour toute autre raison.
- Si vous avez le droit de résidence permanente au Japon ou si vous avez la nationalité japonaise, veuillez indiquer que vous avez la possibilité d'avoir droit à la période de couverture en vertu de la législation japonaise en attachant une copie du certificat relatif à l'acquisition du droit de résidence permanente au Japon ou à la nationalité japonaise, ou une copie de votre passeport.

死亡者は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 ou elle déjà été une personne assurée de Type 4 en vertu de l'Assurance Pension pour Travailleurs Salariés ou une personne assurée volontaire et continue dans 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 du code référence de la personne assurée				
②保険料を納めた期間 Périodes durant lesquelles les cotisations d'assurance ont été payées	自 / À partir de	年 / A	月 / M	日 / J
	至 / Au			
③保険料を納めた年金事務所名 (社会保険事務所名) Nom du Bureau de la Direction du Service des Pensions du Japon (Bureau de l'assurance sociale) à laquelle les cotisations d'assurance ont été payées				

④次の項目に該当しますか。 Veuillez répondre aux questions suivantes:	
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権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。 Si vous recevez des prestations d'invalidité de la Pension Nationale, Assurance Pension pour Travailleurs Salariés ou l'Association d'Assistance mutuelle et vous avez été couvert volontairement sous la Pension Nationale, avez-vous reçu un paiement spécial forfaitaire?	<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non
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。 Avez-vous été à Okinawa entre le 1er avril 1961 et le 14 mai 1972?	<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non

7. 死亡を支給事由とする年金に関する情報 / Informations 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 qui a causé le décès									
③疾病又は負傷の発生した日 Date de la survenance de la maladie/ 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/ blessure qui a causé le décès									
⑥死亡の原因は第三者行為によりますか? Le décès a été causé 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れますか? Le demandeur est 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、組合員又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 déjà été inscrite dans l'un des systèmes de pension publics? Si « Oui », mettez cercler le numéro du régime applicable ci-dessous.								<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non	
1. 国民年金法 / Loi sur la Pension Nationale 2. 厚生年金保険法 / Loi sur l'Assurance Pension pour Travailleurs salariés 3. 船員保険法 (1986年4月以後を除く) / Loi sur l'assurance des marins (seulement avant avril 1986) 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。) / Loi concernant l'Association d'Assistance Mutuelle des fonctionnaires nationaux (y compris pour la Loi sur l'Assurance Pension pour Travailleurs salariés après octobre 2015 (Loi concernant l'Association d'Assistance Mutuelle pour les fonctionnaires nationaux)) 5. 地方公務員等共済組合法 (2015年10月以降の厚生年金保険法 (地方公務員等共済組合法) を含む。) / Loi concernant l'Association d'Assistance Mutuelle des fonctionnaires locaux (y compris pour la Loi sur l'Assurance Pension pour Travailleurs salariés après octobre 2015 (Loi concernant l'Association d'Assistance Mutuelle pour les fonctionnaires locaux)) 6. 私立学校教職員共済法 (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。) / Loi concernant l'Association d'Assistance Mutuelle pour le personnel de Enseignement privé (y compris la Loi sur l'Assurance Pension pour Travailleurs salariés après octobre 2015 (Loi concernant l'Association d'Assistance Mutuelle pour le personnel de Enseignement privé)) 7. 廃止前の農林漁業団体職員共済組合法 / Loi concernant l'Association d'Assistance Mutuelle pour les employés des Institutions de l'agriculture, des forêts et de la pêche (appliqué avant son abolition) 8. 旧市町村職員共済組合法 / Loi concernant l'Association d'Assistance Mutuelle des fonctionnaires communaux 9. 地方公務員の退職年金に関する条例 / Règlement de l'Administration locale relative à la Pension de retraite des fonctionnaires locaux 10. 恩給法 / Loi concernant la pension des fonctionnaires 11. 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、下欄に記入してください。          La personne décédée recevait-elle une pension d'un régime de pension mentionné sous ⑧ ci-dessus?          Si «Oui», veuillez remplir ci-dessous.</p>		<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non
制度名 Nom du régime de pension		
年金コードまたは年金証書の記号番号 Code de la pension ou numéro du brevet de pension		
⑩死亡の原因は業務上ですか。Est-ce que le décès est dû à un accident de travail?	<input type="checkbox"/> はい / Oui	<input type="checkbox"/> いいえ / Non
⑪労災保険から給付が受けられますか。Le demandeur est-il admissible à des prestations en vertu du régime d'assurance des travailleurs contre les accidents?	<input type="checkbox"/> はい / Oui	<input type="checkbox"/> いいえ / Non
⑫労働基準法による遺族補償が受けられますか。Le demandeur est-il admissible à une indemnité de survivants en vertu de la Loi sur les normes du travail?	<input type="checkbox"/> はい / Oui	<input type="checkbox"/> いいえ / Non

8. 代表者選任に関する情報 / Désignation du représentant s'il ya plus d'un demandeur entrant en ligne de compte

請求代表者の氏名 Nom du représentant	ローマ字 / en lettres alphabétiques	請求代表者の生年月日 Date de naissance du représentant	年 / A	月 / M	日 / J
	カタカナ / en lettres Katakana				
請求代表者の住所 Adresse du représentant			請求代表者の元受給者との続柄 Relation du représentant avec la personne décédée		
上記の者を請求代表者とします。 Nous désignons la personne mentionnée ci-dessus comme notre représentant.					
氏名 Nom	ローマ字 / en lettres alphabétiques	生年月日 Date de naissance	年 / A	月 / M	日 / J
	カタカナ / en lettres Katakana				
住所 Adresse			元受給者との続柄 Relation avec la personne décédée		
氏名 Nom	ローマ字 / en lettres alphabétiques	生年月日 Date de naissance	年 / A	月 / M	日 / J
	カタカナ / en lettres Katakana				
住所 Adresse			元受給者との続柄 Relation avec la personne décédée		
氏名 Nom	ローマ字 / en lettres alphabétiques	生年月日 Date de naissance	年 / A	月 / M	日 / J
	カタカナ / en lettres Katakana				
住所 Adresse			元受給者との続柄 Relation avec la personne décédée		

9. 署名 / 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。私はルクセンブルク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。  
 Je déclare que les renseignements qui figurent dans ce formulaire sont exacts et complets à ma connaissance. J'autorise l'institution compétente luxembourgeoise à fournir aux institutions compétentes japonaises tous les informations et documents qui se rapportent ou pourraient se rapporter à cette demande de prestations.

申請者の署名  
 Signature du demandeur: \_\_\_\_\_