

社会保障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

保険期間確認請求書
Demande pour vérification des périodes de
couverture japonaises

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 de demande est à soumettre uniquement à 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

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

ルクセンブルクにおける個人識別番号 Numéro d'identification personnel au Luxembourg

請求書作成事由 / Motif de la demande

ルクセンブルクの年金申請時に相手国期間が判明したことによる。(協定第13条)日本の実施機関がルクセンブルクの実施機関へ当該情報を提供することに同意します。 / Des périodes de couverture dans le régime japonais ont été trouvées au moment du dépôt d'une demande de prestations au Luxembourg (Article 13 de la Convention). J'autorise l'institution compétente japonaise à fournir les informations à l'institution compétente luxembourgeoise.

上記以外の場合 (使用する目的を下記に記入してください。) / Autre que ce qui est indiqué ci-dessus (spécifiez)

1. 被保険者に関する情報 / Personne assurée

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生年月日 Date de naissance	A/年	M/月	J/日	④性別 Sexe	<input type="checkbox"/> 男 / Masculin	⑤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	
					<input type="checkbox"/> 女 / Féminin		
⑥住所 Adresse	ローマ字 / en lettres alphabétiques						
	カタカナ / en lettres Katakana						

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生年月日 Date de naissance	A/年	M/月	J/日	④性別 Sexe	<input type="checkbox"/> 男 / Masculin	⑤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	
					<input type="checkbox"/> 女 / Féminin		
⑥住所 Adresse	ローマ字 / en lettres alphabétiques						⑦死亡者との続柄 Relation avec la personne décédée
	カタカナ / en lettres Katakana						

3. 日本の保険加入期間に関する情報 / Histoire de la couverture 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 votre 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 À partir de Y/M/D Au Y/M/D	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			
/ / 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。

(*)

- 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 apparteniez.
- Veuillez mentionner également l'ancien nom de la personne assurée dans cette colonne, si son ancien nom est différent de son nom actuel suite au mariage ou pour toute autre raison.

4. 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 ma demande de prestations.

申請者の署名

Signature du demandeur: _____