

LUJP 2-3 別紙付 別→日

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

国民年金・厚生年金保険裁定請求書(老齢、障害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使用)
 Demande de Pension Nationale Assurance
 Pension pour Travailleurs salariés
 (pour la Pension de Vieillesse/Pension d'invalidité)
 (à utiliser également pour la demande de décision pour l'Assurance
 Pension pour Travailleurs salariés auprès de l'Association d'Assistance
 mutuelle)

ルクセンブルク国籍持参人欄
 Utiliser par l'institution compétente
 du Luxembourg

日本の基礎年金番号
 Numéro de référence japonaise

ルクセンブルク国籍持参人欄
 Date de réception par l'institution
 compétente du Luxembourg

※日本国籍者により記入される欄
 À remplir uniquement par les
 organismes de leur pays

この請求書は、ルクセンブルクの義務機関の窓口提出用です。
 Ce formulaire est à soumettre uniquement à 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

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

※ 請求のあった給付の種類 / Type de prestations revendiquées

老齢を支給事由とする年金 / Vieillesse 障害を支給事由とする年金 / Invalidité

1. 申請者に関する情報 / Demandeur

①姓 Nom de famille	ローマ字 / en lettres alphabétiques		②姓 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
⑤住所 Adresse	ローマ字 / en lettres alphabétiques				
	カタカナ / en lettres Katakana				
⑥電話番号 (国番号、コリアコードを含む) Numéro de téléphone y compris l'indicateur régional et celui du pays					

2. 配偶者に関する情報 / Conjoint(e) du demandeur

①姓 Nom de famille	ローマ字 / en lettres alphabétiques		②姓 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
⑤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					
⑥年収が150万円未満ですか Le revenu annuel est en dessous de ¥ 15.000.000 ?					
<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non					

Votre numéro de pension de base japonaise ou votre numéro du Guide des pensions figurant dans votre Avis de numéro de pension de base ou dans votre Guide des pensions.

日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号は基礎年金番号通知書又は年金手帳に書いてあります。

- ①, ② et ⑤ : Écrivez en majuscules, en caractères romain (comme dans le reste de ce formulaire).

- Vous pouvez aussi remplir ces rubriques en caractères katakana, si c'est possible (et faire de même dans tout le reste du formulaire).

• ①, ②, ⑤のローマ字は、大文字で記入してください。

• ①, ②, ⑤の「カタカナ」欄には、カタカナ及び漢字を記入してください。

Si vous avez un conjoint admissible, remplissez cette section.

Le conjoint de fait qui n'est pas officiellement réputé marié est considéré comme admissible.

配偶者がいるときに記入してください。なお、配偶者とは、婚姻の届出はしていないが、事実上あなたと婚姻関係と同様の事情にある方を含みます。

Pour le « Type de prestations demandées », cochez la case correspondant aux prestations que vous réclamez.

申請のあった給付の種類は、請求する年金をチェックしてください。

Inscrivez les dates en commençant par les quatre chiffres de l'année, puis les deux chiffres du mois et les deux chiffres du jour, par exemple « 1955 12 15 » pour le 15 décembre 1955. (Inscrivez toutes les dates de cette façon dans le reste du formulaire.)

年月日の年は西暦4桁を記入してください。
 例: 1955年12月15日

- Si vous avez un ou des enfants admissibles, remplissez cette section.

L'enfant admissible n'avait pas plus de 18 ans au 31 mars (pas plus de 20 ans s'il est invalide).

子がいるときに記入してください。子は18歳到達日以後の最初の3月31日までの間にある子又は障害の状態にある20歳未満の子に限りです。

Inscrivez le nom de la banque et de la succursale en majuscules, en caractères romain.

銀行の名前及び支店名はアルファベットの
大文字で記入してください。

- Partie 5.1 : Précisez si vous touchez des prestations de vieillesse, d'invalidité ou de décès d'un autre régime public de pension japonais ou si vous vous apprêtez à présenter une demande de prestations d'un tel autre régime. (Reportez-vous à la liste des régimes de pension applicables). Dans l'affirmative, inscrivez le nom du régime public de pension, le type de pension, la date d'admissibilité, le Code de pension ou numéro du Certificat de pension. Si vous touchez des prestations de plus d'un régime public de pension, donnez les renseignements pertinents.

Si vous touchez une pension d'un régime de Pension de la Mutuelle, inscrivez le nom du régime de la Pension de la Mutuelle sous « Nom du régime »

- Partie 5.2 : Inscrivez les renseignements pertinents sur les prestations de votre conjoint, le cas échéant, de la même façon que ci-dessus.

•5. 1は申請者が日本国の公的年金制度等から老齢、障害又は死亡を支給事由とする年金を受給しているか又は申請しているか記入し、受給している場合は、その制度名、種類、受けることとなった年月日、年金コード又は年金証書の記号番号を記入してください。複数の公的年金を受給している場合は、別用紙に同様の情報を記入してください。なお、共済組合等から受けているときは、制度名には支給している共済組合等の名称を記入してください。

•5. 2は配偶者について上記と同じ要領で記入してください。

3. 子に該当する情報 / Enfants du demandeur			
①氏名 Nom de famille	ローマ字 / en lettres alphabétiques		②氏名 Prénom
	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
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450万円未満ですか Le revenu annuel est inférieur de ¥ 4.500.000 ?		<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non	

子に該当する以上の場合は、別紙に記入いただきこの請求書に添付してください。 / Avec ou 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銀行の名称 Nom de la banque	②支店又は支店名 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	
⑤SWIFTコード (国際標準銀行識別番号) を記入してください。 / Si vous préférez le numéro à une banque états au Luxembourg, veuillez remplir le code SWIFT (5 ou 11 chiffres)			
⑥IBANコード (国際銀行識別番号) を記入してください。 / Si vous préférez le numéro à une banque états 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国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、又は現在申請していますか。 Êtes-vous déjà titulaire d'une pension publique japonaise ou demandez-vous actuellement une pension ?		<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non	
1 ①制度名 Nom du régime	②受給を受けること 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 pension ou numéro du brevet de pension			
申請者は既に日本国の公的年金を受給していますか、又は現在申請していますか。 Êtes-vous déjà titulaire d'une pension publique japonaise ou demandez-vous actuellement une pension ?		<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non	
2 ①制度名 Nom du régime	②受給を受けること 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 pension ou numéro du brevet de pension			

Régimes de pension applicables

- A. Loi nationale sur les pensions
- B. Loi sur l'assurance pension des salariés
- C. Loi sur l'assurance des marins (avant avril 1986 seulement)
- D. Loi concernant la Mutuelle des fonctionnaires de l'État (y compris pour la Législation relative à l'Assurance Pension pour Travailleurs salariés après octobre 2015 (Législation relative à l'Association d'Assistance mutuelle pour les Fonctionnaires nationaux))
(y compris les lois concernant la mise en œuvre des prestations de longue durée promulguées avant avril 1986)
- E. Loi concernant la Mutuelle des fonctionnaires des collectivités locales (y compris pour la Législation relative à l'Assurance Pension pour Travailleurs salariés après octobre 2015 (Législation relative à l'Association d'Assistance mutuelle pour les Fonctionnaires locaux))
(y compris les lois concernant la mise en œuvre des prestations de longue durée promulguées avant avril 1986)
- F. Loi concernant la Mutuelle des personnels des établissements d'enseignement privé (y compris pour la Législation relative à l'Assurance Pension pour Travailleurs salariés après octobre 2015 (Législation relative à l'Association d'Assistance mutuelle pour le Personnel de l'Enseignement privé))
- G. Loi concernant la Fédération des Mutuelles des employés des établissements agricoles, de foresterie et de pêche
- H. Loi concernant la pension des fonctionnaires
- I. Ordonnance des autorités locales concernant la pension de retraite des fonctionnaires des collectivités locales
- J. Loi concernant la Fédération des Mutuelles des mineurs des établissements gouvernementaux YAWATA de Nippon Steel Co.
- K. Disposition supplémentaire – Article n° 13 de la Loi sur les agents spéciaux des cours de district
- L. Loi concernant les mesures spéciales pour les bénéficiaires d'anciennes Fédérations de Mutuelles
- M. Loi d'aide aux victimes et survivants de guerres

公的年金制度一覧

- ア 国民年金法
- イ 厚生年金保険法
- ウ 船員保険法 (1986年4月以後を除く)
- エ 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。)
(1986年4月前の長期給付に関する施行法を含む)
- オ 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 (地方公務員共済組合法) を含む。)
(1986年4月前の長期給付に関する施行法を含む)
- カ 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。)
- キ 農林漁業団体職員共済組合法
- ク 恩給法
- ケ 地方公務員の退職年金に関する条例
- コ 日本製鉄八幡共済組合
- サ 執行官法附則第13条
- シ 旧令による共済組合等からの年金受給者のための特別措置法
- ス 戦傷病者戦没者遺族等援護法

Si vous réclamez une prestation d'invalidité, remplissez cette section.

障害を支給事由とする年金を申請する方が記入します。

En signant cette demande, vous attestez de la véracité des renseignements que vous y donnez.

Vous autorisez aussi l'institution Luxembourgeoise compétente à fournir à ses homologues japonaises des renseignements susceptibles d'influer sur votre admissibilité aux prestations japonaises que vous demandez.

下線部に署名をしてください。署名に際して、あなたは申請書で提供した情報が真実であることを証明します。

また、あなたはルクセンブルクの実施機関に対し、あなたが申請している日本年金の給付を受ける資格に影響を与える情報を日本の実施機関に提供する権限を与えます。

7. 障害を支給事由とする年金に関する情報 / Informations pour une demande de prestation d'invalidité

1	<input type="checkbox"/> ① 障害認定日による請求 Demande de prestations en raison de la survenance de l'invalidité, tout en continuant à contribuer	<input type="checkbox"/> ② 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 Demande de prestations en raison du fait que l'invalidité est considérée comme relevant du premier degré ou du deuxième degré d'invalidité pour la première fois
	<input type="checkbox"/> ③ 事件裁断による請求 Demande de prestations en raison du degré avancé de l'invalidité	
	②の場合、右欄の欄番号をすべて記入してください。 Si ② ci-dessus s'applique, veuillez cocher le numéro applicable dans la colonne de droite.	
	1. 初診日から1年6ヶ月目の状態で継続した結果、不支給となった。 J'ai fait la demande sur base de la situation un an et six mois à compter du jour du premier examen médical, mais elle n'a pas été approuvée.	
	2. 初診日から1年6ヶ月目の状態は悪化したが、その後悪化して症状が重くなった。 Les symptômes étaient moins sévères un an et six mois à compter du jour du premier examen médical, mais ils se sont aggravés par la suite et sont devenus sévères.	
	3. その他 (理由) Autre (raison):	
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。 Avez-vous déjà reçu une pension publique japonaise pour invalidité?	
	<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non	
	年金の名称 / Nom de la pension	
	年金コード又は年金証書の番号 Code de la pension ou numéro de livret de pension	

Partie 7.1 : Cochez la case correspondant À l'un des deux types de prestations ci-dessous :

- ① Demande de prestations fondée sur le début de l'incapacité pendant que vous cotisiez au régime : Si vous aviez un certain degré d'incapacité à la date d'expiration de la période d'un an et six mois après le premier examen médical lors duquel la maladie ou la blessure a été constatée, vous pouvez réclamer ces prestations. Vous pouvez aussi les réclamer si vous vous êtes rétabli de votre maladie ou de votre blessure avant l'expiration de cette période. Si cela s'applique à votre cas, la date d'entrée en vigueur sera celle de votre rétablissement. N'oubliez pas qu'il y a des périodes de couverture à respecter pour avoir droit aux prestations.
- ② Demande de prestations fondée sur une grande incapacité : Si l'état ① ci-dessus ne s'applique pas à vous, vous pouvez réclamer ces prestations si votre incapacité s'aggrave jusqu'à un certain degré à une date ultérieure. Rappelez-vous que vous devez présenter une demande de prestations avant d'atteindre l'âge de 65 ans. Vous avez droit aux prestations le mois suivant celui de votre demande.

7. 1は、障害認定日による請求又は事後重症による請求のいずれか該当する欄をチェックしてください。

- ① 障害認定日による請求
障害給付は、病気又はケガによって初めて医師の診療を受けた日(初診日)から1年6ヶ月目(その期間内に治ったときにはその日)に一定の障害の状態があるときに受けられます。(ただし、一定の資格期間が必要です。)
- ② 事後重症による請求
①に該当しなかった方でもその後病状が悪化し、一定の障害の状態になったときには本人の請求により障害給付が受けられます。ただし、請求は65歳前に行わなければいけません。
また、年金は請求した月の翌月分から支給されます。

3. 病状について / Concernant la maladie/blessure

① 病名 / Nom de la maladie/blessure			
② 初診の日 / Date de survenance de la maladie/blessure	年 / A	月 / M	日 / J
③ 初診日 Date du premier examen médical	年 / A	月 / M	日 / J
④ 初診日に就いて加入していた公的年金制度 Régime de pension publique par lequel vous êtes couvert à la date du premier examen médical	<input type="checkbox"/> 国民年金 / Pension nationale <input type="checkbox"/> 厚生年金保険 / Assurance Pension pour Travailleurs salariés <input type="checkbox"/> 厚生年金保険(共済組合) / Assurance Pension pour Travailleurs salariés (Association d'Assistance Mutuelle) <input type="checkbox"/> ルクセンブルク年金制度 / Régime de pension du Luxembourg		
⑤ 病状が安定して治療の必要がない場合は記入した日 Date à laquelle l'état de la maladie/blessure est devenu stable et aucune amélioration par traitement médical n'est prévue	年 / A	月 / M	日 / J
⑥ 病状の原因は職業上ですか。 La maladie/blessure a-t-elle causée durant votre travail?	<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non		
⑦ この病状により右の制度から給付を受けられる方はありますか。 Pour cette maladie/blessure, êtes-vous admissible pour réclamer des prestations en vertu de l'un des régimes énumérés sur la droite?	<input type="checkbox"/> 労働者補償 / Loi sur les normes du travail <input type="checkbox"/> 船員保険 / Loi sur l'assurance des marins <input type="checkbox"/> 労働者災害補償 / Loi sur l'assurance-Indemnisation des Accidents du travail <input type="checkbox"/> 国家公務員共済制度 / Loi sur l'assurance-Indemnisation des Accidents des fonctionnaires de l'État <input type="checkbox"/> 地方公務員共済制度 / Loi sur l'assurance-Indemnisation des Accidents des collectivités locales <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的共済制度に関する法律 / Loi sur l'indemnisation des accidents des médecins, dentistes et pharmaciens des écoles publiques		
⑧ ⑦の制度から受けられるときはその種類 Type de prestations si vous êtes admissible à des prestations des régimes énumérés dans ⑦	<input type="checkbox"/> 障害給付 / Prestation d'invalidité (prestation d'invalidité) <input type="checkbox"/> 傷病補給 / 国民年金 / Prestation d'invalidité (Pension d'invalidité)		
支給の日 / Date de début de la prestation	年 / A	月 / M	日 / J
⑨ 病状の原因は第三者行為によりますか。 La maladie/blessure a-t-elle causée par un tiers?	<input type="checkbox"/> はい / Oui <input type="checkbox"/> いいえ / Non		

8. 署名 / Déclaration du demandeur

私は、私の申請書において、本申請書に提供された情報は真実かつ完全であることを宣言します。私はルクセンブルクの実施機関が提供する申請書類に関する又は関係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 du Luxembourg à fournir aux institutions compétentes japonaises tous les renseignements et documents qui se rapportent ou pourraient se rapporter à cette demande de prestations.

申請者の署名
Signature du demandeur: _____