# Toelichting bij aanvraag op grond van Volksverzekering / Werknemersverzekering 【国民年金・厚生年金保険裁定請求書 記入Ŏ領】
# Aanvraag om Ouderdomspension / Arbeidsongeschiktheidsuitkering 老齢、障害を支給事à とする年金給ゆ

U vindt het nummer van uw Japanse basispensioen of het nummer van uw pensioenhandboek op de kennisgeving pensioennummer of het pensioenhandboek

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, ②en ⑤: Gebruik Romeinse hoofdletters (ook in de rest van het formulier)

- U mag ook Katakana letters gebruiken indien beschikbaar (ook in de rest van het formulier)

・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。

Als u recht heeft op een uitkering/toeslag voor uw partner, vul dan dit gedeelte in.

Uw partner is degene met wie u gehuwd bent of met wie uw samenwoont zonder officieel gehuwd te zijn.

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。

## 社会保障に関する日本国とオランダとの間の協定

NL/J 1 蘭→日

VERDRAG TUSSEN JAPAN EN HET KONINKRIJK DER NEDERLANDEN INZAKE SOCIALE ZEKERHEID

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兼用)

Aanvraag ingevolge volksverzekering / werknemersverzekering
(Ouderdomspensioen／Arbeidsongeschiktheidsuitkering)
(Tevens aanvraag om werknemerspensioen
bij Japans Onderling Verzekeringsfonds)

| 日本の照会番号 Japans kenmerk |
|---|
| |

オランダ実施機関記入欄 In te vullen door het bevoegde Nederlandse orgaan

受付日が入ったスタンプ Datum indiening aanvraag (in te vullen door het bevoegde Nederlandse orgaan)

※この請求書は、オランダの実施機関の窓口提出用です。
Dit formulier kan alleen worden ingediend bij het bevoegde orgaan in Nederland

※日本保険者により記入される欄 Uitsluitend in te vullen door het Japanese verbindingsorgaan

| 日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Nummer Japans Basispensioen of nummer op het pensioenhandboek | オランダの市民サービス番号(BSN) Nederlands Burgerservicenummer (BSN) |
|---|---|
| | |

Kruis aan welke uitkering u aanvraagt.

申請のあった給付の種類は、請求する年金をチ
エックしてください。

**申請のあった給付の種類 / Aangevraagde uitkering**

☐ 老齢を支給事由とする年金 / Ouderdomspensioen ☐ 障害を支給事由とする年金 Arbeidsongeschiktheidsuitkering

**1. 申請者に関する情報 / Aanvrager**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ①氏 Achternaam | ローマ字 / in Romeinse letters | | ②名 Voornaam | ローマ字 / in Romeinse letters | |
| | カタカナ/in Katakana letters | 漢字/ in Kanji letters | | カタカナ/in Katakana letters | 漢字/ in Kanji letters |
| ③性別 Geslacht | ☐ 男 / Man ☐ 女 / Vrouw | | ④生年月日 Geboortedatum | 年 / JJJJ | 月 / MM 日 / DD |
| ⑤住所 Adres | ローマ字 / in Romeinse letters | | | | |
| | カタカナ / in Katakana letters | | | | |
| ⑥電話番号（国番号、エリアコードを含む） Telefoonnummer (inclusief landennummer en netnummer) | | | | | |

Gebruik 4 cijfers voor het jaar en twee cijfers voor de maand en de dag. Bijvoorbeeld: “1955 12 15” voor 15 december 1955. (Dit geldt ook voor de rest van het formulier)

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

**2. 配偶者に関する情報 / Echtgeno(o)t(e) van aanvrager**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ①氏 Achternaam | ローマ字 / in Romeinse letters | | ②名 Voornaam | ローマ字 / in Romeinse letters | |
| | カタカナ/in Katakana letters | 漢字/ in Kanji letters | | カタカナ/in Katakana letters | 漢字/ in Kanji letters |
| ③性別 Geslacht | ☐ 男 / Man ☐ 女 / Vrouw | | ④生年月日 Geboortedatum | 年 / JJJJ | 月 / MM 日 / DD |
| ⑤基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Nummer Japans Basispensioen of nummer op het pensioenhandboek | | | | | |
| ⑥年収が850万円未満ですか Is het inkomen per jaar minder dan 8.5 miljoen yen? | | | | ☐ はい / Ja | ☐ いいえ / Nee |

Als u recht heeft op een uitkering/toeslag voor uw kinderen, vul dan dit gedeelte in. Vermeld alleen de kinderen die op 31 maart jonger zijn dan 18 (of jonger dan 20 als zij gehandicapt zijn).

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歳未満の子に限ります。

Vermeld de naam van de bank en het vestigingskantoor in Romeinse hoofdletters.
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。

- Gedeelte 1: Geef hier aan of u een ander overheidspensioen uit Japan ontvangt of heeft aangevraagd wegens ouderdom, overlijden of arbeidsongeschiktheid. (Zie ook het overzicht van mogelijke pensioenstelsels). Zo ja, vermeld dan de naam van het pensioenstelsel, het soort pensioen, de ingangsdatum en de pensioencode of het nummer op de pensioenverklaring.Als u meerdere overheidspensioenen ontvangt, voeg dan een apart overzicht bij met de gevraagde gegevens van alle pensioenen.
  Als u een ambtenarenpensioen ontvangt, vermeld dan de naam van het pensioenfonds bij “Naam van pensioenstelsel”.

- Gedeelte 2: Vermeld hier de gegevens van de uitkering van uw partner, indien van toepassing, zoals hierboven aangegeven.

・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. 子に関する情報 / Kinderen van de aanvrager

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ①氏 Achternaam | ローマ字 / in Romeinse letters<br>カタカナ/in Katakana letters / 漢字/in Kanji letters | ②名 Voornaam | ローマ字 / in Romeinse letters<br>カタカナ/in Katakana letters / 漢字/in Kanji letters | |
| | ③性別 Geslacht | ☐ 男 / Man ☐ 女 / Vrouw | ④生年月日 Geboortedatum | 年 / JJJJ 月 / MM 日 / DD | |
| | ⑤障害の状態にありますか / Is het kind gehandicapt? | | ☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nee | | |
| | ⑥年収が850万円未満ですか Is het inkomen per jaar minder dan 8.5 miljoen yen? | | ☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nee | | |
| 2 | ①氏 Achternaam | ローマ字 / in Romeinse letters<br>カタカナ/in Katakana letters / 漢字/in Kanji letters | ②名 Voornaam | ローマ字 / in Romeinse letters<br>カタカナ/in Katakana letters / 漢字/in Kanji letters | |
| | ③性別 Geslacht | ☐ 男 / Man ☐ 女 / Vrouw | ④生年月日 Geboortedatum | 年 / JJJJ 月 / MM 日 / DD | |
| | ⑤障害の状態にありますか / Is het kind gehandicapt? | | ☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nee | | |
| | ⑥年収が850万円未満ですか Is het inkomen per jaar minder dan 8.5 miljoen yen? | | ☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nee | | |

### 4. 支払金融機関に関する情報 / Gegevens van de financiele instelling waarnaar de betaling wordt

| | | | |
|---|---|---|---|
| ①銀行の名前 Naam van de bank | | ③口座番号 Rekeningnummer | |
| ②本店又は支店名 Hoofdkantoor of naam vestigingskantoor | ☐ 本店 / Hoofdkantoor<br>☐ _____支店 Vestigingskantoor | ④銀行の住所 Adres van de bank | ローマ字 / in Romeinse letters |

### 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 / Japans overheidspensioen van de aanvrager

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 申請者は既に日本国の公的年金を受給していますか。 Ontvangt de aanvrager een Japans overheidspensioen of heeft hij/zij dit aangevraagd | | ☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nee | |
| 1 | ①制度名 Naam van pensioenstelsel | | ③支給を受けることとなった年月日 Ingangsdatum pensioen | 年 / JJJJ 月 / MM 日 / DD |
| | ②年金の種類 Soort pensioen | ☐ 老齢を支給事由とする年金/Ouderdomspensioen ☐ 障害を支給事由とする年金/Arbeidsongeschiktheidsuitkering<br>☐ 死亡を支給事由とする年金/Nabestaandenuitkering | | |
| | ④年金コード又は年金証書の記号番号 Pensioencode of nummer op pensioenverklaring | | | |
| 2 | 配偶者は既に日本国の公的年金を受給していますか。 Ontvangt de echtgenote van de aanvrager een Japans overheidspensioen of heeft hij/zij dit aangevraagd? | | ☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nee | |
| | ①制度名 Naam van pensioenstelsel | | ③支給を受けることとなった年月日 Ingangsdatum pensioen | 年 / JJJJ 月 / MM 日 / DD |
| | ②年金の種類 Soort pension | ☐ 老齢を支給事由とする年金/ Ouderdomspensioen ☐ 障害を支給事由とする年金/ Arbeidsongeschiktheidsuitkering<br>☐ 死亡を支給事由とする年金/ Nabestaandenuitkering | | |
| | ④年金コード又は年金証書の記号番号 Pensioencode of nummer op pensioenverklaring | | | |



***Overzicht Publieke Pensioenstelsels***

A. Algemene Pensioenwet
B. Wet Pensioenverzekering Werknemers
C. Wet Verzekering Zeelieden (Vóór april 1986)
D. Pensioenregeling voor Rijksambtenaren (Na oktober 2015 tevens Wet op de werknemerspensioenverzekering [Wet inzake het onderling verzekeringsfonds voor rijksambtenaren]) (inclusief de Wetten inzake Langlopende Uitkeringen toegekend vóór april 1986)
E. Pensioenregeling voor regionale ambtenaren (Na oktober 2015 tevens Wet op de werknemerspensioenregelingen [Wet inzake het onderling verzekeringsfonds voor regionale ambtenaren])) (inclusief de Wetten inzake Langlopende Uitkeringen toegekend vóór april 1986)
F. Pensioenregeling voor het particulier onderwijs (Na oktober 2015 tevens Wet op de werknemerspensioenverzekering [Wet inzake het onderling verzekeringsfonds voor het particulier onderwijs ])
G. Wet Pensioenfonds voor Werknemers van Instellingen voor Landbouw, Bosbouw en Visserij
H. Wet Ambtenarenpensioen
I. Lokale Overheidsverordening inzake Ouderdomspensioen voor Ambtenaren van Lokale Overheden
J. Wet Pensioenfonds voor Mijnwerkers werkzaam voor het Staatsbedrijf YAWATA, onderdeel van Nippon Steel Company.
K. Aanvullende Verstrekking op grond van artikel 13 van de Wet Bijzonder Personeel Arrondissementsrechtbank
L. Wet Speciale Maatregelen voor Voormalig Rechthebbenden op een pensioen van een Ambtenarenpensioenfonds
M. Wet Tegemoetkoming Oorlogsslachtoffers en Nabestaanden

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

Als u de exacte data niet weet , geef dan een zo nauwkeurig mogelijke benadering, zoals maand of jaargetijde (bv. zomer van jaar xxxx).

詳しくわからないときでも、年月まであるいは何年の夏までといったように記入してください。

- Vermeld uw perioden van verzekering ingevolge de publieke pensioenstelsels in chronologische volgorde, te beginnen met de oudste periode.

- Als uw adres is gewijzigd gedurende de periode waarin u verzekerd bent geweest voor het Algemene Ouderdomspensioen, vermeld dan het oude adres en de periode gedurende welke u op dat adres woonde.

- Als de naam of het adres van een werklocatie is gewijzigd of als u bent overgeplaatst van de ene vestiging naar de andere gedurende de periode waarin u verzekerd bent geweest op grond van de Pensioensverzekering voor Werknemers e.d., vermeld hier dan respectievelijk de naam en het adres van de specifieke werklocatie, de periode van verzekering en de naam van het pensioenstelsel.

・加入期間は、請求者が初めて日本国の公的年金制度に加入したときから古い順に記入してください。
・国民年金の加入期間中に住所を変更したときは、住所地および住んでいた期間が分かるように記入してください。
・厚生年金保険等の加入期間中に事業所の名称変更や所在地の変更、転勤があったときは、それぞれの事業所等について名称、所在地、期間、加入していた年金制度を記入してください。

## 6. 日本の保険加入期間に関する情報 / Perioden van verzekering ingevolge het Japanese stelsel

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。
Vul hieronder zo nauwkeurig mogelijk in gedurende welke periode(n) u verzekerd bent geweest ingevolge de publieke pensioenstelsels

| 加入期間（年／月／日）<br>Periode van verzekering:<br>Van JJJJ/MM/DD<br>Tot en met JJJJ/MM/DD | 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 / Naam werkgever (of naam scheepseigenaar , als u aan boord werkte van een schip) | 事業所(船舶所有者)の所在地又は国民年金加入時の住所 / Ardes van de werkgever of scheepseigenaar , of uw adres op het moment dat u deel ging nemen aan het nationale pensioenstelsel | 加入していた年金制度等（注）<br>Pensioenstelsel op grond waarvan de aanvrager was verzekerd (*) |
|---|---|---|---|
| / / から<br>/ / まで | | | |
| / / から<br>/ / まで | | | |
| / / から<br>/ / まで | | | |
| / / から<br>/ / まで | | | |
| / / から<br>/ / まで | | | |
| / / から<br>/ / まで | | | |
| / / から<br>/ / まで | | | |
| / / から<br>/ / 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。

- Vul het nummer als volgt in: "1" voor staatspensioen, "2" voor werknemerspensioen (uitgezonderd voor zeevarenden en verzekerden bij het Onderling Verzekeringsfonds), "3" voor werknemerspensioenverzekering (zeevarenden) en "4" voor werknemerspensioen (Onderling Verzekeringsfonds).
- Als u "4" invult voor werknemerspensioen (Onderling Verzekeringsfonds), vermeld dan ook het verzekeringsfonds waarbij hij/zij aangesloten is geweest.
- Als uw huidige naam anders is dan uw geboortenaam, bijvoorbeeld omdat u bent getrouwd of om een andere redden, vermeld dan in deze kolom uw geboortenaam.

(*)

| | | |
|---|---|---|
| 最後に勤務した事業所又は現在勤務している事業所について<br>Gegevens over de arbeidslocatie van uw laatste dienstverband ingevolge het Japanse pensioenstelsels | ①名称<br>Naam arbeidslocatie | |
| ②健康保険の被保険者証の記号番号（わかれば記入）<br>Codenummer op uw Verklaring Ziektekostenverzekering Werknemer (indien van toepassing) | | |
| 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。<br>Bent u ooit verzekerd geweest op grond van het pensioenstelsel voor werknemers (type 4) of bent u ooit vrijwillig en onafgebroken verzekerd geweest op grond van het pensioenstelsel voor zeelieden? | ☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nee | |
| ①被保険者の整理記号番号<br>Verzekeringsnummer van de verzekerde persoon | | |
| ②保険料を納めた期間<br>Periode waarover verzekeringspremies zijn betaald | | 年 / JJJJ 月 / MM 日 / DD |
| | 自 / Van | |
| | 至 / Tot en met | |
| ③保険料を納めた年金事務所名（社会保険事務所名）<br>Naam van het kantoor van de Japan Pension Service (het socialeverzekeringskantoor) waaraan de verzekeringsbijdragen zijn betaald | | |



Vermeld hier het codenummer van elk stelsel. Deze nummers vindt u onder aan bij 6.
欄外の該当する年金制度の番号を記入してください。

Vermeld hier het adres. Als u het exacte adres niet weet, vermeld dan in ieder geval de naam van het land, de stad of de wijk.
Werknemers die bij een bedrijf in de vestiging Osaka werken, waarvan het hoofdkantoor in Tokio staat, zijn soms voor wat betreft de Werknemersverzekering (EPI) ingeschreven bij het Vestigingskantoor in Tokio van de Japanse Pensioendienst (Social Insurance Office). Als dit ook voor u geldt, vermeld hier dan het adres van de werklocatie waar u bent ingeschreven voor de Werknemersverzekering.
Doe hetzelfde voor de werklocaties waarbij een Ambtenarenpensioen van toepassing is.
・詳しくわからないときでも、郡市区名までは記入してください。
・また、実際には大阪で勤務していたが、厚生年金保険は東京の本社などで一括して東京の年金事務所(社会保険事務所)に届け出いたようなときは、東京の本社の所在地を記入するといったように、厚生年金保険の適用があったところの所在地を記入してください。

Vermeld hier de officiële naam van de werklocatie die is opgegeven aan het Vestigingskantoor van de Japanse Pensioendienst (Social Insurance Office) ten tijde van uw periode van verzekering.
Vermeld ook de specifieke naam van de vestiging van het bedrijf of fabriek, bv. vestiging Tokio.
Doe hetzelfde voor de werklocaties waarbij een Ambtenarenpensioen van toepassing is. Vermeld indien mogelijk de Japanse naam.

・被用者年金制度に加入していたときに社会保険事務所に届出された正式な名称を記入してください。
・また、社名などだけではなく、A株式会社東京支店というように、支社、支店、出張所、営業所、工場名などについても記入してください。
・なお、共済組合等についても同様に記入します。日本語がわかる場合は日本語名で記入してください。

**Als u een arbeidsongeschikt-heidsuitkering aanvraagt, vul dan dit gedeelte in.**
障害を支給事ａとする年金を申請する方が記入します。

Door het plaatsen van uw handtekening verklaart u dat de informatie die u hebt gegeven juist is.
Ook geeft u de bevoegde Nederlandse instellingen toestemming informatie te verstrekken aan de bevoegde Japanse instellingen die van belang is voor het recht op de Japanse uitkering die u aanvraagt.

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、あなたはオランダの実施機関に対し、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う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 / Informatie over aanvraag om arbeidsongeschiktheidsuitkering**

| | | |
|---|---|---|
| 1 | 請求の区分 Soort aanvraag | ☐ ①認定日による請求 Aanvraag om uitkering in verband met aanvang arbeidsongeschiktheid tijdens verzekering　☐ ②事後重症による請求 Aanvraag om uitkering wegens toename van arbeidsongeschiktheidspercentage |
| | ②の場合、過去に①による請求をしたことがありますか。 Indien ② van toepassing is, heeft u eerder ① aangevraagd? | ☐ はい / Ja　☐ いいえ / Nee |
| 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。 Heeft u ooit een Japanse publieke arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen? | ☐ はい / Ja　☐ いいえ / Nee |
| | 年金の名称 / Naam van de uitkering | |
| | 年金コード又は年金証書の記号番号 Pensioencode of nummer op pensioenverklaring | |
| 3 | 傷病について / Gegevens over de ziekte / het letsel | |
| | ①傷病名 / naam van de ziekte/letsel | |
| | ②傷病の発生した日 / Begindatum ziekte/letsel | 年 / JJJJ　月 / MM　日 / DD |
| | ③初診日 Datum eerste medisch onderzoek | 年 / JJJJ　月 / MM　日 / DD |
| | ④初診日において加入していた公的年金制度 Publieke pensioenstelsel waarbij u was aangesloten op datum van het eerste medische onderzoek | ☐ 国民年金 / Nationaal pensioen　☐ 厚生年金保険 / Werknemerspensioen　☐ 厚生年金保険(共済組合) / Werknemerspensioen (Onderling verzekeringsfonds)　☐ オランダ年金制度 / Nederlandse pensioenstelsel |
| | ⑤症状が固定して治療の効果が期待できない場合は固定した日 Datum waarop ziekte/letsel stabiliseert en geen verder herstel door middel van medische behandeling te verwachten is. | 年 / JJJJ　月 / MM　日 / DD |
| | ⑥傷病の原因は職務上ですか。 Is de ziekte / het letsel veroorzaakt door werk? | ☐ はい / Ja　☐ いいえ / Nee |
| | ⑦この傷病により右の制度から保険給付を受けられる又は請求中ですか。 Heeft u wegens deze ziekte / dit letsel recht op een uitkering ingevolge een van de hiernaast genoemde stelsels? | ☐ 労働基準法 / Wet op de Arbeidsnormen　☐ 船員保険法 / Wet Verzekering Zeelieden　☐ 労働者災害補償保険法 / Wet Uitkering bij Arbeidsongevallen　☐ 国家公務員災害補償法 / Wet Uitkering bij Arbeidsongevallen Rijksambtenaren　☐ 地方公務員災害補償法 / Wet Uitkering bij Arbeidsongevallen Lokale Ambtenaren　☐ 公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する法律 / Wet Uitkering bij Arbeidsongevallen Onderwijspersoneel, Artsen, Tandartsen en Apothekers |
| | ⑧ ⑦の制度から受けられるときはその種別 Als u een van de mogelijkheden bij ⑦ hebt aangekruist, wat voor soort uitkering ontvangt u? | ☐ 障害保障給付 (障害給付 / Arbeidsongeschiktheidsuitkering　☐ 傷病補償給付 (傷病年金 / Invaliditeitsuitkering |
| | 支給の発生した日 Ingangsdatum uitkering | 年 / JJJJ　月 / MM　日 / DD |
| | ⑨傷病の原因は第三者行為によりますか。 Is de ziekte / het letsel veroorzaakt door een derde partij? | ☐ はい / Ja　☐ いいえ / Nee |

**8. 署名 / Verklaring van de aanvrager**

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。私はオランダ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。

Ik verklaar dat de informatie die ik op dit formulier heb ingevuld juist en volledig is. Ik machtig het bevoegde orgaan in Nederland om aan het Japanse orgaan alle informatie en documenten te verstrekken die betrekking hebben of betrekking kunnen hebben op deze aanvraag.

申請者の署名:

Handtekening van de aanvrager:_____

Gedeelte 1: Kruis aan welke van de twee uitkeringen u aanvraagt:

① Aanvraag om uitkering in verband met aanvang van arbeidsongeschiktheid tijdens verzekering:
Deze uitkering kunt u aanvragen als u 18 maanden na het eerste medische onderzoek in verband met de ziekte of letsel arbeidsongeschikt bent voor een bepaald percentage. U kunt deze uitkering ook eerder dan na 18 maanden aanvragen, als het letsel is genezen of heeft geleid tot blijvende arbeidsongeschiktheid. Voor het recht op uitkering geldt wel dat u eerst een bepaalde periode verzekerd bent geweest.

② Aanvraag om uitkering wegens toename van het arbeidsongeschiktheidspercentage.
Als u niet voldoet aan de voorwaarden in ①, kunt u toch een uitkering aanvragen als uw arbeidsongeschiktheidspercentage na enige tijd toeneemt tot een bepaald niveau. U moet wel voor uw 65everjaardag een aanvraag indienen.
U hebt recht op deze uitkering met ingang van de maand na de maand waarin u de aanvraag heeft ingediend.

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。