

Guide for Claim for National Pension / Employees' Pension Insurance (Mutual Aid Pension)【国民年金・厚生年金保険裁定請求書 記入要領】

Claim for Old Age / Disability Pension 老齢、障害を支給事由とする年金給付

Please fill in the claim form in Japanese or English (in capitalized Roman letters).

当該申請書は、日本語又は英語(ローマ字の大文字)で記入してください。

You can find your Japanese Basic Pension Number or Number on Pension Handbook on your Notice of Basic Pension Number or on your Pension Handbook.

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。

You may enter your name and address (for sections ①, ② and ⑤), in Katakana letters and/or in Kanji characters, if available.

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

If you have an eligible spouse, please fill in this section.
An eligible spouse includes a de facto spouse (common-law) who is not officially registered to be married.
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フィリピン共和国との間の協定

AGREEMENT BETWEEN JAPAN AND THE REPUBLIC OF THE PHILIPPINES ON SOCIAL SECURITY

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)

Claim for National Pension / Employees' Pension Insurance
(For Old Age/Disability Pension)
(Also claim for Employees' Pension Insurance to Mutual Aid Association)

日本の照会番号
Japanese reference number

※この請求書は、フィリピンの社会保障制度機関の窓口提出用です。
This claim form is only for submission to competent institutions of the Philippines responsible for administration of the social security system.

※日本保険者により記入される欄
To be completed only by Japanese liaison agencies

PH/JP 1 フー日

フィリピン実施機関記入欄
Used by the competent institution of the Philippines

受付日が入ったスタンプ
Date-stamp received at the competent institution of the Philippines

日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号
Japanese Basic Pension Number or Number on Pension Handbook

フィリピンにおける社会保障番号 (SSS)
SSS Number

フィリピンにおける社会保障番号 (GSIS)
GSIS BP Number

申請のあった給付の種類 / Type of benefits claimed

☐ 老齢を支給事由とする年金 / Old age ☐ 障害を支給事由とする年金 / Disability

For "Type of benefits claimed", please check the appropriate box to indicate the benefit you are claiming.

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。

1. 申請者に関する情報 / Claimant

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| ①氏 Last name | ローマ字 / in Roman letters カタカナ / in Katakana letters 漢字 / in Kanji letters | ②名 First name | ローマ字 / in Roman letters カタカナ / in Katakana letters 漢字 / in Kanji letters |
| ③性別 Sex | <input type="checkbox"/> 男 / Male <input type="checkbox"/> 女 / Female | ④生年月日 Date of Birth | 年 / Y 月 / M 日 / D |
| ⑤住所 Address | ローマ字 / in Roman 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) Telephone number including country and area code | | | |

Please enter the four-digit year and two-digit month, such as "1955 12 15" for December 15, 1955. (Same for the rest of this form)

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 / Claimant's spouse

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| ①氏 Last name | ローマ字 / in Roman letters カタカナ / in Katakana letters 漢字 / in Kanji letters | ②名 First name | ローマ字 / in Roman letters カタカナ / in Katakana letters 漢字 / in Kanji letters |
| ③性別 Sex | <input type="checkbox"/> 男 / Male <input type="checkbox"/> 女 / Female | ④生年月日 Date of Birth | 年 / Y 月 / M 日 / D |
| ⑤基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Japanese Basic Pension Number or Number on Pension Handbook | | | |
| ⑥年収が¥850万円未満ですか Annual income under 8.5 million yen? | <input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No | | |

If you have an eligible child(ren), please fill in this section.

An eligible child is a child who on March 31, is age 18 or younger, or is aged under 20 if he/she is disabled.

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。

Please capitalize in Roman letters the bank name and branch name.

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。

- Division 1: Please indicate whether you are receiving or in the process of filing a claim for another Japanese public pension for old age, disability or death. (Refer to the list of applicable pension systems). If so, please enter the name of the public pension system, type of pension benefit, date of entitlement, Pension Code or Number on Pension Certificate.

If you are receiving more than one public pension, please attach the additional information.

If you are receiving one of the Mutual Aid pensions, please enter the name of the Mutual Aid Association under "Name of system".

- Division 2: Please indicate information about your spouse's benefit, if applicable, in the same manner indicated above.

- 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 / Claimant's child(ren) | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| ①氏 Last name | ローマ字 / in Roman letters | | ②名 First name | ローマ字 / in Roman 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 |
| 1 ③性別 Sex | <input type="checkbox"/> 男 / Male | <input type="checkbox"/> 女 / Female | ④生年月日 Date of Birth | 年 / Y | 月 / M 日 / D |
| ⑤障害の状態にありますか / Child with disability? | | | <input type="checkbox"/> はい / Yes | <input type="checkbox"/> いいえ / No | |
| ⑥年収が850万円未満ですか Annual income under 8.5 million yen? | | | <input type="checkbox"/> はい / Yes | <input type="checkbox"/> いいえ / No | |
| ①氏 Last name | ローマ字 / in Roman letters | | ②名 First name | ローマ字 / in Roman 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 |
| 2 ③性別 Sex | <input type="checkbox"/> 男 / Male | <input type="checkbox"/> 女 / Female | ④生年月日 Date of Birth | 年 / Y | 月 / M 日 / D |
| ⑤障害の状態にありますか / Child with disability? | | | <input type="checkbox"/> はい / Yes | <input type="checkbox"/> いいえ / No | |
| ⑥年収が850万円未満ですか Annual income under 8.5 million yen? | | | <input type="checkbox"/> はい / Yes | <input type="checkbox"/> いいえ / No | |
| 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。 / In case there are other children the claimant has, please give their information concerning this section in a separate sheet of paper, which should be submitted with the application form. | | | | | |
| 4. 支払金融機関に関する情報 / Nomination of a financial institution to which benefits will be sent | | | | | |
| ①銀行の名前 Name of Bank | <input type="checkbox"/> 本店 / Head office | | ③口座番号 Account Number | | |
| ②本店又は支店名 Head office or Name of branch office | <input type="checkbox"/> _____ 支店 branch | | ④銀行の住所 Address of Bank | ローマ字 / In Roman letters | |
| | | | カタカナ / in Katakana letters | | |
| ⑥フィリピンにある銀行への送金を希望する場合は、出来るだけその銀行に関するSWIFTコード(8桁または11桁の英数字)を記入して下さい。 If you prefer remittance to a bank in the Philippines, Please fill in SWIFT code (8 or 11 digits) | | | | | |
| 5. 現在、受給している日本国の公的年金に関する情報 / Japanese public pension which the claimant is receiving | | | | | |
| 申請者は既に日本国の公的年金を受給または現在請求中ですか。 Is the claimant receiving or currently claiming a Japanese public pension? | | | <input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No | | |
| 1 ①制度名 Name of System | ③支給を受けることとなった年月日 Date of Entitlement | | 年 / Y | 月 / M | 日 / D |
| ②年金の種類 Type of Pension | <input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金 / Old Age <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金 / Disability <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金 / Survivors | | | | |
| ④年金コード又は年金証書の記号番号 Pension Code or Number on Pension Certificate | | | | | |
| 配偶者は既に日本国の公的年金を受給していますか。 Is the claimant's spouse receiving a Japanese public pension or presently claiming one? | | | <input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No | | |
| 2 ①制度名 Name of System | ③支給を受けることとなった年月日 Date of Entitlement | | 年 / Y | 月 / M | 日 / D |
| ②年金の種類 Type of Pension | <input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金 / Old Age <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金 / Disability <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金 / Survivors | | | | |
| ④年金コード又は年金証書の記号番号 Pension Code or Number on Pension Certificate | | | | | |

- Applicable public pension systems**
- A. National Pension Law
 - B. Employees' Pension Insurance Law
 - C. Seamen's Insurance Law (Only before April 1986)
 - D. Law concerning Mutual Aid Association for National Public Officials
(Including the Laws concerning the Implementation of Long Term Benefits enacted before April 1986)
 - E. Law concerning Mutual Aid Association for Local Public Officials
(Including the Laws concerning the Implementation of Long Term Benefits enacted before April 1986)
 - F. Law concerning Mutual Aid for Private School Personnel
 - G. Law concerning Mutual Aid Association for Agricultural, Forestry and Fishery Institutions' Employees
 - H. Law concerning Public Servants' Pension
 - I. Local Government Ordinance concerning Retirement Pension for Local Public Officials
 - J. Law concerning Mutual Aid Association for Miners at Government-owned YAWATA Works of Nippon Steel Co.
 - K. Supplementary Provision Article No. 13 of the District Court Special Officials Law
 - L. Law concerning Special Measures for Former MAAs' Beneficiaries
 - M. Law for Relief of War Victims and Survivors
- 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

If you are not sure of the specific dates, enter as much information as you know, such as month or season, e.g. summer of year 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。

- Please enter your history of coverage under the public pension systems in chronological order from the oldest/first coverage to the most recent one.

- If your address changed during the time you were covered by the National Pension, please specify the old address and the term of residence.

- If there was any change in name or address of a workplace or if you were transferred between branch offices while you were covered under the Employees' Pension Insurance and such, please enter the individual workplace's name, address, period of coverage and name of pension system respectively.

- 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. 日本の年金制度における保険加入期間に関する情報 / History of Coverage under Japanese pension systems

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。

Fill in your detailed history of coverage under the Japanese public pension systems as accurately as possible.

| 加入期間 (年/月/日) Periods of Coverage From Y/M/D To 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 / Name of the workplace or ship owner in case you were a crew member on board a ship | 事業所 (船舶所有者) の所在地又は国民年金加入時の住所 / Address of the workplace or ship owner, or your address when you were enrolled in the National Pension | 加入していた年金制度等 (注1) Pension system under which you were covered (*) | 加入していた当時の氏名 (注2) Your former name, if any (**) |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| / / 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1)

- 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。

(注2)

- 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。

(注3)

- 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。

(*)

- Fill in the number as follows: "1" for National Pension, "2" for Employees' Pension Insurance (except Seaman's Insurance and Mutual Aid Association), "3" for Employees' Pension (Seamen's) Insurance and "4" for Employees' Pension Insurance (Mutual Aid Association).
- When you fill in "4" for Employees' Pension Insurance (Mutual Aid Association), please write the name of Mutual Aid Association to which he/she belonged

(**)

- Please fill in your former name in this column, if your former name is different from your current name by marriage or other reason.

- If you have right of permanent residence in Japan or Japanese nationality, please note it that you have the possibility to be authorized the period of coverage under the Japanese legislation by attaching a copy of the certificate concerning acquisition of the right of permanent residence in Japan or Japanese nationality, or a copy of your passport.

Please enter the corresponding number to each system, which is provided at the bottom of section 6.

欄外の該当する年金制度の番号を記入してください。

Please enter the address. You must at least provide the name of the county, city or ward, if you do not know the details.

Some employees who are actually working in the Osaka branch office of a company may have been enrolled in the Employees' Pension Insurance (EPI) at the Branch Office of Japan Pension Service (Social Insurance Office) in Tokyo where the workplace's headquarters is located. If this applies to you, enter the address of the workplace where you were Enrolled in the EPI.

Please do the same for workplaces of a Mutual Aid Association.

・詳しくわからないときでも、郡市区町村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) に届け出ていたようなときは、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。

Please enter the official name of the workplace which was reported to the Branch Office of Japan Pension Service (Social Insurance Office) during the time you were covered.

As for workplaces, enter the specific name of the branch offices or factory as well, such as Tokyo branch office of corporation A.

Please do the same for workplaces of a Mutual Aid Association.

If available, enter the Japanese name.

被用者年金制度に加入していたときに年金事務所 (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。

If you are claiming a disability benefit, please complete block 7. 障害を支給事由とする年金を申請する方が記入します。

In signing, you attest to the truth of the information given in the application.

You also authorize the competent institution of the Philippines to provide to the Japanese competent institutions information which may affect your entitlement to the Japanese benefits for which you are applying.

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。

あなたはフィリピンの実施機関に対し、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 / Information for a claim for disability benefits | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <div>請求の区分 / Type of Claim</div> <div> <input type="checkbox"/> ①障害認定日による請求 Claim for benefits due to onset of disability while contributing <input type="checkbox"/> ②事後重症による請求 Claim for benefits due to advanced degree of disability contributing </div> <div> <input type="checkbox"/> ③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 Claim for benefits due to the fact that the disability is considered as the first grade or the second grade of the Disability Grade for the first time. </div> <div> ②の場合、右欄の該当する番号を○で囲んでください。 If ② above applies, please circle the applicable number in the right column </div> <div> 1. 初診日から1年6月目の状態で請求した結果、不支給となった。 I claimed based on the situation one year and six months later from the day of the first medical examination, but it was not approved. 2. 初診日から1年6月目の症状は軽かったが、その後悪化して症状が重くなった。 The symptom was less severe at the time of one year and six months later from the day of the first medical examination, but it turned worse afterwards and symptom became severer. 3. その他(理由) _____) Others (Reasons: _____) </div> |
| 2 | <div>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。 Have you ever received a Japanese public pension for disability?</div> <div> <input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No </div> <div>年金の名称 / Name of Pension</div> <div>年金コード又は年金証書の記号番号 Pension Code or Number on Pension Certificate</div> |
| 3 | <div>傷病について / About the disease/injury</div> <div>①傷病名 / Name of Disease/Injury</div> <div>②傷病の発生した日 / Date of Onset</div> <div>③初診日 Date of the first medical examination</div> <div>④初診日において加入していた公的年金制度 Public pension system which you were covered by on the date of the first medical examination</div> <div> <input type="checkbox"/> 国民年金 / National Pension <input type="checkbox"/> 厚生年金保険 / Employees' Pension Insurance <input type="checkbox"/> 厚生年金保険(共済組合) / Employees' Pension Insurance (Mutual Aid Association) <input type="checkbox"/> フィリピン年金制度 / Pension system of the Philippines </div> |
| <div>Date when the state of the disease/injury became stable and no further recovery by medical treatment is expected</div> <div>⑥傷病の原因は職務上ですか。 Was the disease/injury caused by work?</div> <div> <input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No </div> <div> 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。 For this disease/injury, are you eligible or claiming for benefits under any of the systems listed on the right? </div> <div> <input type="checkbox"/> 労働基準法 / Labour Standards Law <input type="checkbox"/> 船員保険法 / Seamen's Insurance Law <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法 / Workers' Accident Compensation Insurance Law <input type="checkbox"/> 国家公務員災害補償法 / National Government Employees' Accident Compensation Insurance Law <input type="checkbox"/> 地方公務員災害補償法 / Local Government Employees' Accident Compensation Insurance Law <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務災害補償に関する法律 / Occupational Accident Compensation Law for Public School Physicians, Dentists, and Pharmacists </div> <div> ⑧⑦の制度から受けられるときはその種類 Type of benefits if you are eligible for benefits from the system listed in ⑦ </div> <div> <input type="checkbox"/> 障害保障給付(障害給付) / Disability Compensation Benefit (Disability Benefit) <input type="checkbox"/> 傷病補償給付(傷病年金) / Invalidity Compensation Benefit (Invalidity Benefit) </div> <div> 支給の発生した日 Date of Entitlement </div> <div> ⑨傷病の原因は第三者行為によりますか。 Was the disease/injury caused by a third party? </div> <div> <input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No </div> | |
| <div>8. 署名 / Declaration of Claimant</div> <div>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。私はフィリピンの実施機関が有する本給付申請に関わる又は関与する可能性のある情報およ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。 I declare that the information I have given in this form is true and complete. I authorize the competent institution of the Philippines to furnish to the Japanese competent institutions all the information and documents which relate or could relate to this claim for benefits.</div> <div>申請者の署名: Signature of claimant: _____</div> | |

Division 1: Please check one of the two types of claim below:

① Claim for benefits Due to onset of disability while contributing:

If you have a prescribed level of disability on the day when the one year and six months have elapsed since the first medical examination of the sickness or injury, you can claim this benefit. You can also claim this benefit at an earlier date than the one year and six months, when the injury is cured or fixed to a state of disability, if not cured. Please note you need to have certain qualifying periods of coverage.

② Claim for benefits due to advanced degree of disability

Even if condition ① above does not apply to you, you can still claim a benefit if your disability level advances to the prescribed level at a later date. Please note you must apply before you attain age 65.

You are entitled to the benefit the month following the month of your application.

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。