

GUIDE IN FILLING-OUT APPLICATION FORMS FOR PHILIPPINE BENEFITS

フィリピン年金申請書 記入要領

I. JP/PH 1 - Claim Application for PH benefits

I. JP/PH 1 - フィリピン年金申請書

A. Description of the Form

A. 申請書の説明

The JP/PH 1 is to be used for claiming of Philippine social security benefits under the SSS or GSIS. The form is to be submitted to the Japanese competent institution to administer its submission and application to the competent institution in the Philippines.

JP/PH 1 は、SSS または GSIS によるフィリピン社会保障給付の申請に使用してください。この書式は、日本の実施機関に提出いただき、そこからフィリピンの実施機関に提出されます。

B. General Instructions for the Claimant

B. 申請者に対する一般的な説明

1. Indicate the type of claim applied for by indicating "X" at the appropriate box and provide the applicable social security number/s at the top of the form.
2. Provide all the necessary information relative to the claim applied for (Parts 1 to 7). If the application is for a disability claim, attach the doctor's medical report (JP/PH 2).
3. Certify the application by indicating signature over printed name including the date that form was signed (Part 8).

1. 冒頭の該当する年金の種類の欄に "X" を記入のうえ、フィリピンにおける社会保障番号及び日本の基礎年金番号を記入してください。
2. 申請に関連する必要な情報のすべてを記入してください。（パート1～パート7）
障害年金の申請の場合には、医療診断書（JP/PH2）を添付してください。
3. 署名年月日及びローマ字（ブロック体）または漢字による氏名を記入してください。これにより申請内容を確認した証明となります。（パート8）

JP/PH 1		
Agreement between the Republic of the Philippines and Japan on Social Security 社会保障に関するフィリピン共和国と日本国との間の協定		
Used by the Japanese competent institution. 日本の実施機関が入力		
Date-stamp received at the Japanese competent institution. 受付日が入ったスタンプ		
APPLICATION FOR: 年金申請書		
<input type="checkbox"/> Retirement 退職	<input type="checkbox"/> Disability 障害	
<input type="checkbox"/> Survivorship(GSIS) 遺族	<input type="checkbox"/> Death(SSS) 遺族	
This form is only for submission to Japanese competent institution responsible for administration of the social security system. この請求書は、日本の実施機関の窓口提出用です。		
SSS Number フィリピンにおける社会保障番号 (SSS)	Japanese Basic Pension Number 日本の基礎年金番号	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
GSIS BP Number フィリピンにおける社会保障番号 (GSIS)		
<input type="text"/>		
1 Particulars of the member 被保険者に関する情報		
1.1 Name (Surname, Given name, Middle name) in Roman letters ローマ字での名前 (姓、名、ミドルネーム)		
<input type="text"/>		
1.2 Date of birth (DD/MM/YYYY) 生年月日(DD/MM/YYYY)	1.3 Place of birth 出生地	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
1.4 Nationality 国籍		
<input type="text"/>		
1.5 Sex: 性別: Male 男性 Female 女性	1.6 Civil Status 婚姻状況	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Single 独身 <input type="checkbox"/> Married 既婚	
	<input type="checkbox"/> Legally Separated 法的別居 <input type="checkbox"/> Widower 寡婦/寡夫	
1.7 Current Address 現住所:		
<input type="text"/>		
2 Qualified dependent children 有資格扶養児童		
Name (Surname, Given name, Middle name) in Roman letters ローマ字での名前 (姓、名、ミドルネーム)	Age 年齢	Date of birth (DD/MM/YYYY) 生年月日 (DD/MM/YYYY)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

フィリピン年金申請書 記入要領

I. JP/PH 1 - フィリピン年金申請書

- Indicate "X" in the appropriate box for the application claim applied for and supply the applicable social security number

- Provide the information on the Name, Date of Birth, Place of Birth, Nationality, Sex, Civil Status, and Current Address.
 - Name should follow the writing convention of Surname, Given Name and Middle Name
 - For female members, indicate both Maiden name and Married name (if applicable)
 - Date of Birth should follow the writing convention of Day (DD), month (MM) and year (YYYY); example – August 1, 2018 should be indicated as “01/08/2018”

- Provide the name(s) of qualified dependent children

- 該当する年金の種類の欄に「X」を記入してください。また、フィリピンにおける社会保障番号及び日本の基礎年金番号を記入してください。

- 氏名、生年月日、出生地、国籍、性別、婚姻状況、現在の住所を記入してください。
 - － 名前は、姓、名、ミドルネームの順に記入してください。
 - － 女性の場合は、旧姓及び婚姻後の姓の両方を記入してください。
(該当する場合)
 - － 生年月日は、日 (DD)、月 (MM)、年 (YYYY) の順に記入してください。例 - 2018 年 8 月 1 日は「01/08/2018」と記入します。

- 有資格扶養児童の名前を記入してください。

社会保険に関するフィリピン共和国と日本国との間の協定

APPLICATION FOR:
年金申請書

☐ Retirement 退職 ☐ Disability 障害 ☐ Survivorship(GSIS) 遺族 ☐ Death(SSS) 遺族

This form is only for submission to Japanese competent institution responsible for administration of the social security system.
この請求書は、日本の実施機関の窓口提出用です。

SSS Number フィリピンにおける社会保障番号 (SSS)

Japanese Basic Pension Number 日本基礎年金番号

GSIS BP Number フィリピンにおける社会保障番号 (GSIS)

1 Particulars of the member 被保険者に関する情報			
1.1 Name (Surname, Given name, Middle name) in Roman letters ローマ字での名前 (姓、名、ミドルネーム)			
1.2 Date of birth (DD/MM/YYYY) 生年月日(DD/MM/YYYY)		1.3 Place of birth 出生地	1.4 Nationality 国籍
1.5 Sex: 性別: Male 男性 Female 女性		1.6 Civil Status 婚姻状況	
<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		<input type="checkbox"/> Single 独身 <input type="checkbox"/> Married 既婚 <input type="checkbox"/> Legally Separated 法的別離 <input type="checkbox"/> Widower 寡婦/寡夫	
1.7 Current Address 現住所:			
2 Qualified dependent children 有資格扶養児童			
Name (Surname, Given name, Middle name) in Roman letters ローマ字での名前 (姓、名、ミドルネーム)		Age 年齢	Date of birth (DD/MM/YYYY) 生年月日 (DD/MM/YYYY)
2.1			
2.2			
2.3			
2.4			
2.5			

JP/PH 1

Used by the Japanese
competent institution.
日本の実施機関記入欄

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

PART 1

PART 2

PART 3

2018)

For Part 4

- Applicable only on the filing of Philippine disability claims
- Indicate "X" in the appropriate box if the doctor's medical report (JP/PH 2) is attached and provide information the nature of sickness/injury

PART 4

For Parts 5 and 6

- Indicate "X" in the appropriate box and provide all the required information following the convention on the Name (Surname, Given Name, Middle Name) and Date (DD/MM/YYYY)
- For claims on Survivorship or Death Pension, attach copy of death certificate to establish proof of death; for surviving spouse, attach also proof of marriage

PART 5

パート 4

- フィリピンの障害年金の申請時のみ記入してください。
- 医療診断書 (JP / PH 2) が添付されている場合には、該当する欄に "X" を記入してください。また、病名を記入してください。

パート 5 及び 6

- 該当する欄に "X" を記入してください。必要な情報のすべてを記入してください。記入にあたっては、名前は、姓、名、ミドルネームの順で、日 (DD)、月 (MM)、年 (YYYY) の順に記入してください。
- 遺族年金の申請にあたっては、死亡の事実を確認するため死亡証明書の写しを添付してください。遺族である配偶者については、婚姻の証明も添付してください。

PART 6

IF DISABILITY PENSION IS BEING CLAIMED, PLEASE FILL OUT ITEM 3

障害年金を請求する場合は、項目 3 をご記入ください

3 Describe why you are unable to work 就労できない理由について記載して下さい。	
3.1 <input type="checkbox"/> I have attached the doctor's medical report (JP/PH2). 私は医師の (医療) 証明書を添付しました	3.2 Nature of sickness/injury 病名

IF A SURVIVORSHIP OR DEATH PENSION IS BEING CLAIMED, PLEASE FILL OUT ITEMS 4 & 5

遺族年金を請求する場合は、項目 4 および 5 をご記入下さい。

4 Particulars of the deceased member 死亡した被保険者の情報	
4.1 Date (DD/MM/YYYY) and place of death (Attach copy of death certificate) 死亡した年月日 (DD/MM/YYYY) 及び死亡した場所 (死亡証明書の写しを添付して下さい。)	
4.2 Was the deceased previously receiving pension from SSS/GSIS? 故人は社会保障機構 (SSS) / 公務員保険機構 (GSIS) から給付を受けていましたか? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> はい いいえ	
If yes, type of pension 受けていた場合は、年金の種類を記入して下さい。	
Amount of monthly pension 年金額 (月額) を記入して下さい。	

5. Particulars of the surviving spouse/claimant 遺族 (配偶者/申請者) の情報	
5.1 Name (Surname, Given name, Middle name) in Roman letters ローマ字での名前 (姓、名前、ミドルネーム)	5.2 Date of birth (DD/MM/YYYY) 生年月日 (DD/MM/YYYY)
5.3 Nationality 国籍	5.4 Sex 性別 Male 男性 <input type="checkbox"/> Female 女性 <input type="checkbox"/>
5.5 Date of Marriage (DD/MM/YYYY) 婚姻日 (DD / MM / YYYY)	
5.6 If the spouse is deceased/legally separated 配偶者が死亡した/法的別離した場合 Date of death/separation (DD/MM/YYYY) and place of death: 死亡した年月日 (DD / MM / YY) 及び死亡した場所:	
5.7 Was the marriage subsisting at the time of death of the member? 婚姻関係は被保険者の死亡時に存続していましたか? <input type="checkbox"/> Yes (Attach proof of marriage) はい (婚姻の証明を添付して下さい。) <input type="checkbox"/> No いいえ	
5.8 Is the surviving spouse receiving pension from the SSS/GSIS? 遺族である配偶者は社会保障機構 (SSS) / 公務員保険機構 (GSIS) から年金を受給していましたか? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> はい いいえ	

For Part 7

- If the surviving spouse is receiving pension from the SSS or GSIS, indicate the type of pension, amount of monthly pension in the space provided including the applicable social security number in the portion/boxes provided below

PART 7

For Part 8

- Indicate "X" in the selected mode of payment for Philippine benefits
For SSS: Claimant may choose either CTBC All-Day Access Card or payment thru other banks (other than CTBC)
 - If option made is thru CTBC, accomplish and attach the *CTBC Bank All-Day Access Cash Card Enrollment Form*
 - If option is made thru other banks (other than CTBC), indicate the Name of Account Holder, Account Number, Name and Address of the Bank
For GSIS: Indicate the Name of Account Holder, Account Number, Name and Address of the Bank

パート 7

- 遺族である配偶者が SSS または GSIS から年金を受け取っている場合、年金の種類、年金額（月額）及び社会保障番号を記入してください。

PART 8

パート 8

- フィリピン給付の支払いに関する該当する項目に "X" を記入してください。

SSS の場合：申請者は、CTBC All-Day Access Card を通じた支払い、または、他の銀行（CTBC 銀行以外）を通じた支払いを選択することができます。

- CTBC 銀行を通じた支払いを選択する場合
「All-Day Access Card 登録書式」を添付してください。
- 他の銀行（CTBC 以外）を通じた支払いを選択する場合
口座保有者の氏名、口座番号、銀行の名前及び住所を記入してください。

GSIS の場合：口座保有者の氏名、口座番号、銀行の名前及び住所を記入してください。

If yes, type of pension 受給している場合は、年金の種類を記入して下さい。 _____

Amount of monthly pension 年金額（月額）を記入して下さい。 _____

SSS Number フィリピンにおける社会保障番号（SSS）

GSIS BP Number フィリピンにおける社会保障番号（GSIS）

6 Options for payment of Philippine benefits フィリピン給付の支払いに関する選択項目

☐ IN THE CASE OF SSS: Payment thru CTBC All-Day Access Card
SSS の場合：CTBC All-Day Access Card を通じた支払い
Note: If you do not have a bank account in the Philippines, please attach "CTBC All-Day Access Card Enrollment Form" to this application form to pay the Philippine benefit thru CTBC All-Day Access Card.
注：フィリピン国内の銀行口座をお持ちでない場合は、CTBC All-Day Access Card を通じてフィリピン年金を支払うため、この年金申請書に「CTBC All-Day Access Card 登録書式」を添付してください。

☐ IN THE CASE OF SSS: Payment thru _____ (options for payment except CTBC All-Day Access Card)
SSS の場合：All-Day Access Card 以外の方法を通じた支払い
【Please indicate the following if you prefer the payment thru the bank in the Philippines】
【フィリピン国内の銀行を通じた支払いを希望する場合には次の情報を記載してください。】

Name of Account Holder and Account number
口座保有者の氏名及び口座番号

Name of the Bank
銀行の名前

Address of the Bank
銀行の住所

【Please indicate the necessary information SSS appoints if you prefer options for payment except thru the bank】
【銀行を通じた支払い以外を希望する場合には SSS が指定した必要情報を記載してください。】

☐ IN THE CASE OF GSIS: Payment thru Bank
GSIS の場合：銀行を通じた支払い
Please indicate the following:
次の情報を記載してください。

Name of Account Holder and Account number
口座保有者の氏名及び口座番号

Name of the Bank (You can choose either Union Bank of the Philippines (UBP) or Land Bank of the Philippines (LBP)
銀行の名前（ユニオン銀行またはランド銀行から選択可能です。）

Address of the Bank
銀行の住所

For Part 9

- Indicate name and address of the guardian only if qualified dependent children are under guardianship following the writing convention of the name in previous items

PART 9

For Part 10

- Certify the information provided in the form by indicating signature over printed name of the claimant including the date signed

PART 10

パート 9

- 保護者の名前と住所は、有資格扶養児童が後見の下にある場合のみ記入してください。名前については、前項の書き方にならって記入してください。

パート 10

- 署名年月日及びローマ字（ブロック体）または漢字による氏名を記入してください。これにより、請求書に記入した情報を証明したことになります。

7	Particulars of the guardian (to be filled out only if qualified dependent children are under guardianship) 保護者に関する情報（有資格扶養児童が後見の下にある場合のみ記入して下さい）	
7.1	Name (Surname, Given name, Middle name) 名前（姓、名、ミドルネーム）	Relationship to the ward 被保護者との関係
<hr/>		
7.2	Address 住所	
<hr/>		

8	Certification 証明	
I certify on my honor and conscience that the information in this form is correct and complete. I am aware that I must notify the Philippine Social Security System / Government Service Insurance System of any change to this information. 私は私の名譽と良心に誓って、この請求書に記入した事項が正確かつ完全であることを証明します。また、記載した事項に変更が生じたときは、フィリピン社会保障機構（SSS）または公務員保険機構（GSIS）にその旨を届け出る義務があることを承知しています。		
<hr/>		<hr/>
Date signed 署名年月日		Signature over printed name of claimant ローマ字（ブロック体）または漢字で氏名を記入のうえ、サインして下さい。

III. JP-PH 2 - 医療診断書

- Provide all the required information on the Name, Sex, Date of Birth, Social Security Numbers (SSS/GSIS) and Address
 - Under item B, indicate “X” in the appropriate box to denote the sex (Male/Female)
 - Follow the indicated convention Year/Month/Day in writing the Date of Birth
 - Indicate the applicable social security number in the boxes provided

- Indicate the Name and Address

- 氏名、性別、生年月日、社会保障番号（SSS / GSIS）及び住所に関する必要な情報のすべてを記入してください。
 - － 項目 B の当てはまる性別（男性/女性）の欄に“X”を記入してください。
 - － 生年月日は、年（YYYY）、月（MM）、日（DD）の順に記入してください。
 - － 該当する欄に社会保障番号を記入してください。

- 氏名及び住所を記入してください。

JP/PH 2

AGREEMENT BETWEEN THE REPUBLIC OF THE PHILIPPINES AND JAPAN ON SOCIAL SECURITY
社会保険に関するフィリピン共和国と日本国との間の協定

MEDICAL REPORT FOR THE COMPETENT INSTITUTION OF THE PHILIPPINES
フィリピンの実施機関に提出する医療診断書Reference number of the Philippines
フィリピンの照会番号

A. Name 氏名		in Roman letters / ローマ字	
		in Katakana letters / カタカナ	
B. Sex 性別		<input type="checkbox"/> Male / 男性 <input type="checkbox"/> Female / 女性	
C. Date of Birth 生年月日		(YMD 年/月/日) (/ /)	
D. SSS Number / GSIS BP Number フィリピンにおける社会保障番号 (SSS/ GSIS)		SSS Number フィリピンにおける社会保障番号 (SSS) <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div>	
		GSIS BP Number フィリピンにおける社会保障番号 (GSIS) <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div>	
E. Address 住所			

A. Name 氏名
B. Address 住所

For Part 3 (for the Doctor)

- Provide all the required medical information in the space provided, following the writing convention in previous items and by indicating "X" in the appropriate boxes
- Indicate the Signature and Date of Medical Examination conducted in the latter portion of the form

パート 3 (医師用)

- 空欄に必要な医療情報のすべてを記入してください。記入にあたっては、前項の書き方にならって記入するか、また、適切な欄に"X"を記入してください。
- 書式の末尾に、診察日及び医師による署名を記入してください。

PART 3

JP/PH 2	
III MEDICAL ADVISORY / 医療上の意見	
Based on the examination carried out on (Y/M/D 年/月/日) 判断基準とした診断日 (/ /)	
Medical background 病歴	
Main complaints 主な症状	
Pertinent Physical Examination (PE) Findings and Diagnosis 適切な身体検査 (PE) の所見と診断	
Ongoing treatment 現在受けている治療	
Socio-professional background 社会的活動及び職業活動の経歴	
Is the person concerned currently engaged in a professional activity? / 該当者は職業活動を失態に行っていますか <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ Type of activity / 活動の種類: _____ Number of hours / 時間数: _____	
<input type="checkbox"/> Work accident 労災 <input type="checkbox"/> Occupational disease 職業病 <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
Type of activity lastly carried out / 最後に行った活動の種類	
Incapacity of work / 就労不能 <input type="checkbox"/> Since その状態になった日 (Y/M/D 年/月/日) (/ /) Work stoppage / 休職 <input type="checkbox"/> Since その状態になった日 (Y/M/D 年/月/日) (/ /)	
Invalidity, for the last activity, is / 最後に行った活動に対する障害 <input type="checkbox"/> total 全体 <input type="checkbox"/> partial 部分的 If partial, please specify the level of disability 部分的な場合の障害の程度を記入してください	
The invalidity / 記載された障害の状態 <input type="checkbox"/> is permanent since (/ /) 以来恒常的 <input type="checkbox"/> is temporary from (/ /) から to (/ /) まで一時的	
Is an improvement in the health status of the person concerned possible? / 該当者の健康状態の改善は可能ですか <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ <input type="checkbox"/> No answer 回答なし	
Is a re-examination necessary? / 再診察が必要ですか <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
Date of medical examination 診察日 (Y/M/D 年/月/日) (/ /)	Signature / 医師の署名