

Návod na vyplnenie žiadosti o národný dôchodok / zamestnanecký dôchodok/ dôchodok vzájomnej pomoci【国民年金・厚生年金保険裁定請求書記入要領】žiadosť o starobný/ invalidný dôchodok 老齢、障害を支給事由とする年金給付

Číslo dôchodkového poistenia v Japonsku alebo číslo dôchodkovej knižky s poznámkou o Vašom základnom dôchodkovom čísle alebo Vašom dôchodkovom spise.
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 a ⑤: Píšte prosím veľkými písmenami v latinke. (rovnako ako v ostatných častiach tohto formulára)
- Tiež môžete použiť písmo “Katakana” an “Kanji”, ak sú dostupné. (podobne v ostatných častiach tohto formulára)
- 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」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。

Ak máte oprávneného manžela (finančne závislého), vyplňte prosím jeho/jej údaje na tomto mieste.
Za oprávneného manžela sa považuje aj druh/ družka, t.j. osoba, s ktorou nie ste zosobášený/á.
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スロバキア共和国との間の協定
AGREEMENT BETWEEN JAPAN AND THE SLOVAK REPUBLIC 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)

※この請求書は、スロバキアの実施機関の窓口提出用です。
This claim form is only for submission to the competent institution of the Slovak Republic.

日本の照会番号
Japanese reference number

※日本領事館により記入される欄
To be completed only by Japanese liaison agencies

JP/SK202 スロバキアー日

スロバキア実施機関記入欄
Used by the competent institution of the Slovak Republic

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

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

スロバキアにおける個人識別番号(Birth ID Number)
Personal identification number in the Slovak Republic (Birth ID 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

1. 申請者に関する情報 / Claimant

①氏名 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	☐ 男 / Male ☐ 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			

2. 配偶者に関する情報 / Claimant's spouse

①氏名 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	☐ 男 / Male ☐ 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?	☐ はい / Yes ☐ いいえ / No		

Prosím vyplniť formulár žiadosti v japonskom slovenskom alebo anglickom jazyku.
当該申請書は、日本語、又は英語にて記入してください。

Pre “Druh žiadaných dávok”, zaškrtnite prosím príslušnú kolónku, aby ste uviedli dávku, o ktorú žiadate
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。

Vložte prosím rok/4 číslice/ a mesiac/dve číslice/, ako napr. “1955 12 15” napr. december 15, 1955. (rovnako ako aj v ostatných častiach tohto formulára)
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

Ak máte oprávnené dieťa/deti, vyplňte ich údaje.
Oprávneným dieťaťom je dieťa, ktoré dosiahlo k 31.3.
18 rokov veku alebo mladšie alebo je mladšie ako 20
rokov, ak je zdravotne postihnuté.

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。

Выплатите просим назов Вашей банкы а пoboчкы
вeл'кымы п'исмeнaм'и .
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。

O Vašom inom dôchodku:

Ak v súčasnosti poberáte alebo žiadate o iný
starobný, invalidný alebo pozostalostný
dôchodok z japonského verejného
dôchodkového poistenia uveďte prosím názov
dôchodku (odvolajte sa na zoznam príslušných
dôchodkových systémov, ktorý je uvedený
vpravo na stĺpci na tejto strane). Druh dávky,
dátum vzniku nároku, kód dôchodku alebo
číslo na potvrdení o dôchodku. Ak poberáte
dva alebo viac dôchodkov zo systému
verejného dôchodkového poistenia, priložte
prosím hárok papiera, kde poskytnete rovnaké
informácie o inom dôchodku. Ak poberáte/
žiadate akýkoľvek dôchodok vzájomnej pomoci,
uveďte prosím názov špecifickej asociácie
vzájomnej pomoci v bode "①Názov systému".
- 申請者が日本国の公的年金制度等(このページ
の右側の一覧を参照のこと)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。

O dôchodku Vášho manžela/ky

Ak Váš manžel/ka poberá/ žiada o akýkoľvek
japonský verejný dôchodok, vyplňte prosím
informáciu podobne ako vo vyššie uvedenom
prípade .
- 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
③性別 Sex	☐ 男 / Male ☐ 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せう / Child with disability?		☐ はい / Yes ☐ いいえ / No
⑥年収が850万円未満ですか Annual income under 8.5 million yen?		☐ はい / Yes ☐ いいえ / No	
1 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
③性別 Sex	☐ 男 / Male ☐ 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せう / Child with disability?		☐ はい / Yes ☐ いいえ / No
⑥年収が850万円未満ですか Annual income under 8.5 million yen?		☐ はい / Yes ☐ いいえ / No	
本人人数が3人以上の場合は、別紙に記入いただきこの請求書に添付してください。 / 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 this application form.			
4. 年金給付に関する情報 / Nomination of a financial institution to which benefits will be sent			
①銀行名 Name of Bank	②本店又は支店名 Head office or Name of branch office		③口座番号 Account Number
☐ 本店 / Head office	☐ 支店 / branch		ローマ字 / in Roman letters
④銀行の住所 Address of Bank		カタカナ / in Katakana letters	
⑤スロバキアにある銀行への送金希望する場合は、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 Slovak Republic, please fill in SWIFT code (8 or 11 digits)			
⑥スロバキアにある銀行への送金希望する場合は、その銀行に関するIBANコード(最大34桁の英数字)を記入して下さい。 If you prefer remittance to a bank in the Slovak Republic, please fill in IBAN code (up to 34 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? ☐ はい / Yes ☐ いいえ / No			
①制度名 Name of System	③支給を受けること なった年月日 Date of Entitlement		年 / Y 月 / M 日 / D
②年金の種類 Type of Pension	☐ 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 ☐ 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または現在請求中ですか。 Is the claimant's spouse receiving a Japanese public pension or presently claiming one? ☐ はい / Yes ☐ いいえ / No			
1 ①制度名 Name of System	③支給を受けること なった年月日 Date of Entitlement		年 / Y 月 / M 日 / D
②年金の種類 Type of Pension	☐ 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 ☐ 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			
2 ①制度名 Name of System			
②年金の種類 Type of Pension			
③支給を受けること なった年月日 Date of Entitlement			
④年金コード又は年金証書の記号番号 Pension Code or Number on Pension Certificate			

Príslušné verejné dôchodkové systémy

- A. Zákon o národnom dôchodku
B. Zákon o dôchodkovom poistení zamestnancov
C. Zákon o poistení námorníkov (len pred aprílom 1986)
D. Zákon týkajúci sa Asociácie vzájomnej pomoci pre štátnych zamestnancov (tiež Zákon o dôchodkovom poistení zamestnancov / Zákon týkajúci sa vzájomnej pomoci pre štátnych zamestnancov po októbri 2015) (vrátane zákonov týkajúcich sa zavádzania dávok dlhodobej starostlivosti, ktoré boli uzákonené pred aprílom 1986)
E. Zákon týkajúci sa Asociácie vzájomnej pomoci pre miestnych štátnych úradníkov (tiež Zákon o dôchodkovom poistení zamestnancov / Zákon týkajúci sa Asociácie vzájomnej pomoci pre miestnych štátnych úradníkov po októbri 2015) (vrátane zákonov týkajúcich sa zavádzania dávok dlhodobej pomoci uzákonených pred aprílom 1986)
F. Zákon týkajúci sa Vzájomnej pomoci pre personál súkromných škôl (tiež Zákon o dôchodkovom poistení zamestnancov / Zákon týkajúci sa Asociácie vzájomnej pomoci pre personál súkromných škôl po októbri 2015)
G. Zákon týkajúci sa Asociácie vzájomnej pomoci pre zamestnancov poľnohospodárskych, lesných a rybárskych inštitúcií
H. Zákon týkajúci sa dôchodkov štátnych zamestnancov
I. Vyhláška miestnej správy týkajúca sa starobného dôchodku pre miestnych štátnych zamestnancov
J. Zákon týkajúci sa Asociácie vzájomnej pomoci pre baníkov vo vládných spoločnostiach YAWATA Works, Nippon Steel Co.
K. Doplňujúce ustanovenie článku č. 13 Zákona o osobitných úradníkoch okresného súdu
L. Zákon týkajúci sa osobitných opatrení pre bývalých poberateľov MAAs
M. Zákon o úľave pre obeť vojny a pozostalých

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

Ak si nie ste istí v osobitných dátumoch vo Vašej histórii dôchodkového poistenia (pracovnej histórie), vyplňte prosím všetky informácie, na ktoré si spomeniete, napr. mesiac alebo obdobie, napr. leto roku xxxox.

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。

- Uvedte, prosím históriu Vášho poistenia v japonskom verejnom dôchodkovom systéme chronologicky od najstaršieho/prvého poistenia až po súčasné.

- Ak sa zmenila Vaša adresa počas doby poistenia v systéme národného poistenia, špecifikujte prosím každú adresu a dobu bydliska.

- Ak došlo k nejakej zmene názvu alebo adresy pracoviska alebo ak ste boli presunutý do pobočky firmy, počas doby poistenia v zamestnaneckom systéme dôchodkového poistenia, vyplňte prosím jednotlivé názvy pracovísk, adresu, dobu poistenia a názov zodpovedajúceho dôchodkového systému..

- 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. 日本の保険加入期間に関する情報 / History of coverage periods 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 Pension system under which you were covered (**)	加入していた当時の氏名 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					

- (*) 事業所の名称及び所在地を日本語以外で記入する場合、可能な限り勤務先で発行された書類や名称簿の写しを添付して下さい。
- (**) If you fill in the name of the employer or its address in a language other than Japanese, please attach, to the extent possible, a copy of a document issued by that employer or a business card.
- (***) 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。
- (***) 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 (Seaman's) Insurance and "4" for Employees' Pension Insurance (Mutual Aid Association).
- (*) 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。
- (***) 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.
- (***) 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。
- (***) Please fill in your former name in this column, if your former name is different from your current name by marriage or other reason.
- (注) 日本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留意ください。
- Note: - 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.

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。 Have you ever been a Type-4 Insured Person under the Employees' Pension Insurance or a Voluntary and Continuous Insured Person under the Seamen's Insurance?	☐ はい / Yes ☐ いいえ / No								
①被保険者の識別記号番号 Insured person's reference code-number									
②保険料を納めた期間 Periods during which the insurance contributions were paid	<table> <tr> <td>自 / From</td> <td>年 / Y</td> <td>月 / M</td> <td>日 / D</td> </tr> <tr> <td>至 / To</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	自 / From	年 / Y	月 / M	日 / D	至 / To			
自 / From	年 / Y	月 / M	日 / D						
至 / To									
③保険料を納めた年金事務所名 (社会保険事務所名) Name of the Branch Office of Japan Pension Service (the Social Insurance Office) to which the insurance contributions were paid									
国民年金、厚生年金保険、または共済組合等の保険給付の受給権者で国民年金の任意加入をした方については、特別一時金を受け取ったことがありますか。 If you receive disability benefits of the National Pension, Employees' pension or Mutual Aid Pension and was covered voluntarily under the National Pension, did you receive a special lump-sum payment?	☐ はい / Yes ☐ いいえ / No								
昭和36年4月1日から昭和47年5月14日までに沖縄に住んでいたことがありますか。 Have you been in Okinawa between 1 April, 1961 and 14 May, 1972?	☐ はい / Yes ☐ いいえ / No								
雇用保険に加入したことがありますか。 Have you ever been covered under the Japanese Employment Insurance?	☐ はい / Yes ☐ いいえ / No								

Prosím odvolajte sa na (*) zodpovedajúci stĺpec uvedený nižšie a vložte príslušné číslo (jedno z "1," "2," "3," alebo "4") ktoré sa zhoduje s Vašou históriou poistenia
欄外の該当する年金制度の番号を記入してください。

Prosím vyplňte Vašu adresu v tomto čase. Ak nepoznáte celú adresu, uveďte prosím aspoň názov mesta, mestskej časti alebo dediny. Upozorňujeme Vás, že môže nastať prípad, že ste pracovali v Osake, ale Váš úrad poistenia EPI danej firmy mohol byť registrovaný v *Dôchodkovom systéme zamestnancov(EPI) v pobočke Japonskej dôchodkovej služby (Úrad sociálneho poistenia) v Tokiu, kde je umiestnené pracovisko ústredia. Ak sa to vzťahuje aj na Vás, vyplňte adresu pracoviska kde ste boli registrovaný v EPI.

Urobte prosím to isté pre pracoviská Asociácie vzájomnej pomoci.

・詳しくわからないときでも、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。

Prosím vložte oficiálny názov pracoviska, ktorý bol zaznamenaný v pobočke Japonskej dôchodkovej služby (Úrad sociálneho poistenia) počas doby Vášho poistenia. Pokiaľ ide o pracoviská, vyplňte špecifický názov pobočiek alebo spoločnosti, napr. Tokio, pobočka spoločnosti A.

Urobte prosím to isté pre pracoviská Asociácie vzájomnej pomoci.

Ak je to možné, vložte japonský názov. 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。

**Ak žiadate invalidnú dávku, prosím vyplňte túto časť
 障害を支給事由とする
 年金を申請する方が記
 入します。**

③ ① Žiadosť o dávky podľa toho, že sa uvažuje po prvýkrát o invalidite prvého alebo druhého stupňa v rámci stupňov invalidity. Môžete žiadať o dávky, ak máte viac než jedno postihnutie a Vaše postihnutie sa považuje za postihnutie prvého alebo druhého stupňa podľa ustanovenia o stupňoch invalidity po prvýkrát pred dosiahnutím veku 65 rokov. Upozorňujeme Vás, že ak ste niekedy poberali invalidné dávky kvôli prvému alebo druhému stupňu invalidity, nemôžete si žiadať o dávky. Máte nárok na dávky počnúc mesiacom, ktorý nasleduje po mesiaci, v ktorom ste podali žiadosť.

③ ② ① Žiadosť o dávky z dôvodu zhoršenia invalidity. Ak nesplňate vyššie uvedené podmienky ① stále si môžete požiadať o dávku, ak Vaše zdravotné postihnutie sa zhoršilo určitým spôsobom, v neskoršom období. Upozorňujeme Vás, že žiadosť si musíte podať pred dosiahnutím veku 65 rokov. Máte nárok na dávky počnúc mesiacom, ktorý nasleduje po mesiaci, v ktorom ste podali žiadosť.

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	
請求の区分 Type of Claim	☐ ①障害認定日による請求 Claim for benefits due to onset of disability while contributing ☐ ②事後重症による請求 Claim for benefits due to advanced degree of disability ☐ 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.
1	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 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:)
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。 Have you ever received a Japanese public pension for disability? ☐ はい / Yes ☐ いいえ / No 年金の名称 / Name of Pension 年金コード又は年金証書の記号番号 Pension Code or Number on Pension Certificate
3	① 傷病名 / Name of Disease/Injury ② 傷病の発生した日 / Date of Onset ③ 初診日 Date of the first medical examination 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 ☐ 国民年金 / National Pension ☐ 厚生年金保険 / Employees' Pension Insurance ☐ 厚生年金保険(共済組合) / Employees' Pension Insurance (Mutual Aid Association) ☐ スロバキア年金制度 / Pension system of the Slovak Republic ⑤ 治癒が安定して治療の効果が期待できない場合は認定した日 Date when the state of the disease/injury became stable and no further recovery by medical treatment is expected ⑥ 傷病の原因は業務上ですか。 Was the disease/injury caused by work? ☐ はい / Yes ☐ いいえ / No 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? ☐ 労働基準法 / Labour Standards Law ☐ 船員保険法 / Seamen's Insurance Law ☐ 労働者災害補償保険法 / Workers' Accident Compensation Insurance Law ☐ 国家公務員災害補償法 / National Government Employees' Accident Compensation Insurance Law ☐ 地方公務員災害補償法 / Local Government Employees' Accident Compensation Insurance Law ☐ 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 ⑧ ⑦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 ☐ 障害保険給付 (障害給付) / Disability Compensation Benefit (Disability Benefit) ☐ 傷病者遺族給付 (傷病年金 / Invalidity Compensation Benefit (Invalidity Benefit)) 支給の発生した日 Date of Entitlement 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? ☐ はい / Yes ☐ いいえ / No

Prosím skontrolujte si jeden z troch druhov nižšie uvedených žiadostí :

① Žiadosť o dávky: Z dôvodu vzniku invalidity počas platenia príspevkov poistenia:

Ak máte stanovenú úroveň/stupeň invalidity ku dňu, ku ktorému uplynul rok a 6 mesiacov od prvého lekárskeho vyšetrenia Vášho ochorenia alebo úrazu, môžete žiadať o dávku. Môžete žiadať o dávku aj skôr než uplynie jeden rok a 6 mesiacov, ak zranenie sa lieči alebo by bolo ustálené do stavu invalidity, nie je vyliečené. Upozorňujeme Vás, že musíte mať určitú potrebnú dobu.

② Žiadosť o dávky z dôvodu zhoršenia invalidity. Ak nesplňate vyššie uvedené podmienky ① stále si môžete požiadať o dávku, ak Vaše zdravotné postihnutie sa zhoršilo určitým spôsobom, v neskoršom období. Upozorňujeme Vás, že žiadosť si musíte podať pred dosiahnutím veku 65 rokov. Máte nárok na dávky počnúc mesiacom, ktorý nasleduje po mesiaci, v ktorom ste podali žiadosť.

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。

Podpisom, preukazujete pravdivosť informácií, ktoré uvádzate v žiadosti.

Taktiež oprávňujete príslušnú inštitúciu Slovenskej republiky, aby poskytla japonským príslušným inštitúciám informácie, ktoré môžu ovplyvniť Váš nárok na japonské dávky, o ktoré žiadate.

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。

あなたはスロバキアの実施機関に対し、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。

8. 署名 / Declaration of Claimant

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。私はスロバキア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。

I declare that the information I have given in this form is true and complete. I authorize the competent institution of the Slovak Republic to furnish to the Japanese competent institutions all the information and documents which relate or could relate to this claim for benefits.

申請者の署名:

Signature of claimant: _____