

社会保障に関する日本国とスウェーデン王国との間の協定
AVTAL MELLAN JAPAN OCH KONUNGARIKET SVERIGE OM SOCIAL TRYGGHET

JP/SE2 スウェーデン→日

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)

Ansökan om National Pension/ Employees' Pension Insurance
(För ålderspension/pension till följd av arbetsoförmåga)
(Även ansökan om Employees Pension Insurance to
Mutual Aid Association)

※この請求書は、スウェーデンの実施機関の窓口提出用です。
Denna ansökningsblankett ska endast skickas till behörig myndighet i Sverige.

日本の照会番号
Japanskt referensnummer

※日本保険者により記入される欄
Ifylles endast av de japanska
förbindelseorganen

スウェーデン実施機関記入欄
Används endast av behörig
myndighet i Sverige

受付日
Ankomstdatum till behörig
myndighet i Sverige

日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号
Japanskt grundpensionsnummer eller numret på den
japanska pensionshandboken

スウェーデンにおける個人番号
Svenskt personnummer

申請のあった給付の種類 / Typ av förmån

☐ 老齢を支給事由とする年金 / Ålderspension

☐ 障害を支給事由とする年金 / Arbetsoförmåga

1. 申請者に関する情報 / Sökande

①氏 Efternamn	ローマ字 / med romerska bokstäver		②名 Förnamn	ローマ字 / med romerska bokstäver		
	カタカナ / med katakana tecken	漢字 / med kanji tecken		カタカナ / med katakana tecken	漢字 / med kanji tecken	
③性別 Kön	☐ 男 / Man ☐ 女 / Kvinna		④生年月日 Födelsedatum	年 / AAAA	月 / MM	日 / DD
⑤住所 Adress	ローマ字 / med romerska bokstäver					
	カタカナ / med katakana tecken					
⑥電話番号 (国番号、エリアコードを含む) Telefonnummer inklusive lands- och riktnummer						

2. 配偶者に関する情報 / Sökandes make/maka

①氏 Efternamn	ローマ字 / med romerska bokstäver		②名 Förnamn	ローマ字 / med romerska bokstäver		
	カタカナ / med katakana tecken	漢字 / med kanji tecken		カタカナ / med katakana tecken	漢字 / med kanji tecken	
③性別 Kön	☐ 男 / Man ☐ 女 / Kvinna		④生年月日 Födelsedatum	年 / AAAA	月 / MM	日 / DD
⑤基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Japanskt grundpensionsnummer eller numret på den japanska pensionshandboken						
⑥年収が850万円未満ですか Årsinkomst som understiger 8,5 miljoner yen?				☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nej		

3. 子に関する情報 / Sökandes barn										
1	①氏 Efternamn	ローマ字 / med romerska bokstäver				②名 Förnamn	ローマ字 / med romerska bokstäver			
		カタカナ / med katakana tecken		漢字 / med kanji tecken			カタカナ / med katakana tecken		漢字 / med kanji tecken	
	③性別 Kön	☐ 男 / Man ☐ 女 / Kvinna				④生年月日 Födelsedatum	年 / ÅÅÅÅ		月 / MM	日 / DD
	⑤障害の状態にありますか / Barn med funktionsnedsättning?						☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nej			
⑥年収が850万円未満ですか Årsinkomst som understiger 8,5 miljoner yen?						☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nej				
2	①氏 Efternamn	ローマ字 / med romerska bokstäver				②名 Förnamn	ローマ字 / med romerska bokstäver			
		カタカナ / med katakana tecken		漢字 / med kanji tecken			カタカナ / med katakana tecken		漢字 / med kanji tecken	
	③性別 Kön	☐ 男 / Man ☐ 女 / Kvinna				④生年月日 Födelsedatum	年 / ÅÅÅÅ		月 / MM	日 / DD
	⑤障害の状態にありますか / Barn med funktionsnedsättning?						☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nej			
⑥年収が850万円未満ですか Årsinkomst som understiger 8,5 miljoner yen?						☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nej				

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。 / Om den sökande har flera barn, vänligen fyll i informationen om dessa på ett separat papper och bifoga det med denna ansökningsblankett.

4. 支払金融機関に関する情報 / Uppgifter om banken som ersättningen ska skickas till									
①銀行の名前 Bankens namn					③口座番号 Kontonummer				
②本店又は支店名 Huvudkontor eller namn på filial					ローマ字 / med romerska bokstäver				
☐ 本店 / Huvudkontor ☐ _____ 支店 / Filial					④銀行の住所 Bankens adress				
					カタカナ / med katakana tecken				
⑤スウェーデンにある銀行への送金を希望する場合は、その銀行に関するSWIFT/BICコード（8桁又は11桁の英数字）を記入して下さい。 Om du önskar betalningen överförd till en bank i Sverige, vänligen fyll i SWIFT/BIC kod (8-11 siffror)									
⑥スウェーデンにある銀行への送金を希望する場合は、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。 Om du önskar betalningen överförd till en bank i Sverige, vänligen fyll i SWIFT/BIC kod (upp till 34 siffror)									

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 / Japansk allmän pension som den sökande får											
1	申請者は既に日本国の公的年金を受給又は現在請求中ですか。 Utbetalas eller finns för närvarande en inlämnad ansökan av sökanden om japansk allmän pension?						☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nej				
	①制度名 Pensionssystemets namn						③支給を受けることとなった年月日 Datum för beviljande		年 / ÅÅÅÅ	月 / MM	日 / DD
	②年金の種類 Typ av pension		☐ 老齢を支給事由とする年金 / Ålderspension ☐ 障害を支給事由とする年金 / Arbetsoförmåga ☐ 死亡を支給事由とする年金 / Efterlevande								
	④年金コード又は年金証書の記号番号 Pensionskod eller nummer på pensionscertifikat										
2	配偶者は既に日本国の公的年金を受給又は現在請求中ですか。 Utbetalas eller finns för närvarande en inlämnad ansökan av sökandes make/maka om japansk allmän pension?						☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nej				
	①制度名 Pensionssystemets namn						③支給を受けることとなった年月日 Datum för beviljande		年 / ÅÅÅÅ	月 / MM	日 / DD
	②年金の種類 Typ av pension		☐ 老齢を支給事由とする年金 / Ålderspension ☐ 障害を支給事由とする年金 / Arbetsoförmåga ☐ 死亡を支給事由とする年金 / Efterlevande								
	④年金コード又は年金証書の記号番号 Pensionskod eller nummer på pensionscertifikat										

6. 日本の保険加入期間に関する情報 / Försäkringshistorik inom japanska pensionssystem

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。

Fyll i din försäkringshistorik inom japanska allmänna pensionssystemen så detaljerat som möjligt.

加入期間 (年/月/日) Försäkringsperioder Från AAAA/MM/DD Till AAAA/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 Namnet på din arbetsgivare eller rederiet i de fall du arbetat som besättningsman ombord på ett fartyg (*)	事業所(船舶所有者)の所在地又は国民 年金加入時の住所 Adress till arbetsgivare eller rederi, eller din adress under tiden som du var inskriven i National Pension (*)	加入していた 年金制度等 Pensionssystemet som du omfattades av (**)	加入していた 当時の氏名 Ditt eventuellt tidigare namn (***)
/ / 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刺等の写しを添付して下さい。

- (**)
- 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。

(注)

- 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及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。

- (*)
- Om du fyller i din arbetsgivares namn eller adress på något annat språk än japanska, vänligen bifoga dokument eller visitkort från din arbetsgivare.

- (**)
- Fyll i siffrorna enligt följande: "1" för National Pension, "2" för Employees' Pension Insurance (förutom Seaman's Insurance samt Mutual Aid Association), "3" för Employees' Pension (Seamen's) Insurance och "4" för Employees' Pension Insurance (Mutual Aid Association).
 - När du fyller i "4" för Employees' Pension Insurance (Mutual Aid Association) vänligen ange namnet på den Mutual Aid Association som han/hon tillhörde.

- (***)
- Vänligen ange ditt tidigare namn i denna koloumn, om ditt tidigare namn är ändrat på grund av giftemål eller annat skäl.

Note:

- Om du har permanent uppehållstillstånd i Japan eller japanskt medborgarskap, vänligen notera att du har möjlighet att tillgodoräkna dig försäkringsperiod enligt japansk lagstiftning genom att bifoga en kopia av ditt permanenta uppehållstillstånd, japanskt medborgarskap eller en kopia av ditt pass.

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。 Har du någonsin varit en typ-4 försäkrad person under Employees' Pension Insurance eller en Voluntary Insured Person under Seamen's Insurance?		☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nej			
①被保険者の整理記号番号 Den försäkrade personens referenskodnummer					
②保険料を納めた期間 Perioder under vilka försäkringsavgifter betalades		自 / Från	年 / AAAA	月 / MM	日 / DD
		至 / Till			
③保険料を納めた年金事務所名 (社会保険事務所名) Namnet på Japan Pensions Service platskontor (socialförsäkringskontor) till vilket försäkringsavgifterna betalades					
国民年金、厚生年金保険又は共済組合等の障害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、特別一時金を受けたことがありますか。 Om du erhållit ersättning på grund av arbetsoförmåga från National Pension, Employees' pension eller Mutual Aid Pension samt var frivilligt försäkrad i National Pensions, har du erhållit någon utbetalning i form av en klumpsumma?		☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nej			
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。 Har du vistats i Okinawa under perioden 1 april 1961 till 14 maj 1972?		☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nej			
雇用保険に加入したことがありますか。 Har du omfattats av Japanese Employment Insurance?		☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nej			

7. 障害を支給事由とする年金に関する情報 / Information för en ansökan om förmåner på grund av arbetsoförmåga

1	請求の区分 Typ av ansökan	☐ ①障害認定日による請求 Ansökan om förmåner vid uppkomst av arbetsoförmåga under försäkrad tid		☐ ②事後重症による請求 Ansökan om förmåner på grund av omfattande arbetsoförmåga			
		☐ ③初めて障害等級の1級又は2級に該当したことによる請求 Ansökan om förmåner på grund av att arbetsoförmågan för första gången klassas som första eller andra graden av arbetsoförmåga.					
	②の場合、右欄の該当する番号を○で囲んでください。 Om ② ovan gäller, vänligen ringa in korrekt nummer i den högra kolumnen.		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。 Jag ansöker baserat på situationen ett år och sex månader efter den första medicinska undersökningen, men som inte godkändes. 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。 Symptomen var mildare vid den medicinska undersökningen för ett år och sex månader sedan, men dessa har sedan förvärrats. 3. その他 (理由) / Andra skäl ()				
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。 Har du mottagit japansk allmän pension för arbetsoförmåga?		☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nej				
	年金の名称 / Namn på pension						
	年金コード又は年金証書の記号番号 Pensionskod eller numret på pensionscertifikatet						
3	傷病について / Om sjukdomen/skadan						
	①傷病名 / Namnet på sjukdomen/skadan						
	②傷病の発生した日 / Datum för sjukdomen/skadan				年 / AAAA	月 / MM	日 / DD
	③初診日 Datum för den första medicinska undersökningen				年 / AAAA	月 / MM	日 / DD
	④初診日において加入していた公的年金制度 Det allmänna pensionssystem som du omfattades av vid tidpunkten för den första medicinska undersökningen	☐ 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) ☐ スウェーデン年金制度 / Det svenska pensionssystemet					
	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 för när skadan/sjukdomen stabiliserades och ingen ytterligare förbättring genom medicinsk behandling kan förväntas			年 / AAAA		月 / MM	日 / DD
	⑥傷病の原因は職務上ですか。 Var sjukdomen/skadan arbetsrelaterad?	☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nej					
	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。 Är du för denna sjukdom/skada berättigad ersättning, eller har du ansökt om ersättning från något av systemen listat till höger?	☐ 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 Om du är berättigad någon förmån från systemen listade i ⑦ vilken typ av förmån?	☐ 障害保障給付 (障害給付 / Disability Compensation Benefit (Disability Benefit)) ☐ 傷病補償給付 (傷病年金 / Invalidity Compensation Benefit (Invalidity Benefit))					
	支給の発生した日 Datum för beviljande			年 / AAAA		月 / MM	日 / DD
⑨傷病の原因は第三者行為によりますか。 Orsakades sjukdomen/skadan av tredje part?	☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nej						

8. 署名 / Sökande intygar lämnade uppgifter

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。私はスウェーデン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。

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga. Jag ger härmed fullmakt till den behöriga myndigheten i Sverige att förse de japanska behöriga myndigheterna med all den information och dokumentation som är relaterad eller skulle kunna vara relaterad till min ansökan om förmån.

申請者の署名

Underskrift av sökande _____