

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/SE3

スウェーデン→日

国民年金・厚生年金保険裁定請求書(死亡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 efterlevandepension)

(Även ansökan om Employees' Pension Insurance
till Mutual Aid Association)

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.

※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 lämnas 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 japanska
förbindelseorganen

死亡者の日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号
Avliden persons japanska grundpensionsnummer eller nummer
på den japanska pensionshandboken

死亡者のスウェーデンにおける個人番号
Avliden persons svenska personnummer

1. 死亡者に関する情報 / Avliden person

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

2. 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死亡者との続柄 / Relation till den avlidna						
⑦申請者の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Sökandes japanska grundpensionsnummer eller nummer på den japanska pensionshandboken						
⑧申請者のスウェーデンの個人番号 Sökandes svenska personnummer						
⑨電話番号 (国番号、エリアコードを含む) Telefonnummer inklusive lands- och riktnummer						
⑩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 / Avidna personens 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 / AAAA		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 / AAAA		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 som bifogas till 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	☐ 本店 / Huvudkontor	④銀行の住所 Bankens adress	ローマ字 / med romerska bokstäver		
	☐ _____ 支店 Filial		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 koden (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 IBAN nummer (upp till 34 siffror)					

5. 申請者が現在受給している日本の公的年金に関する情報 / Japansk allmän pension som den sökande får							
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 / AAAA		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 ☐ 死亡を支給事由とする年金 / Efterlevande		☐ 障害を支給事由とする年金 / Arbetsförmåga				
④年金コード又は年金証書の記号番号 Pensionskod eller nummer på pensionscertifikat							

6. 死亡者の日本の保険加入期間に関する情報 / Avliden persons försäkringsperioder 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 hans/hennes försäkringshistorik i de 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 arbetsplatsen eller rederiet i de fall han/hon 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 Arbetsplatsens eller rederiets adress, eller hans/hennes adress under tiden som han/hon var inskriven i National Pension (*)	加入していた 年金制度等 Pensionssysteme t som han/hon omfattades av (**)	加入していた 当時の氏名 Den avlidnes eventuella tidigare namn (***)
/ / 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、永住権又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注意ください。

(*)

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

(**)

- Fyll i siffrorna enligt följande: “1” för National Pension, “2” Employees’ Pension Insurance (bortsett från Seaman’s Insurance och Mutual Aid Association), “3” 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 Mutual Aid Association som han/hon tillhörde.

(***)

- Vänligen ange den avlidnes tidigare namn i denna kolumn, om hans/hennes tidigare namn är ändrat på grund av giftemål eller av annat skäl.

Note:

- Om den avlidne hade permanent uppehållstillstånd i Japan eller japanskt medborgarskap, vänligen notera att det finns en möjlighet att tillgodoräkna försäkringsperiod enligt japansk lagstiftning genom att bifoga en kopia av det permanenta uppehållstillståndet, japanskt medborgarskap eller kopia av hans/hennes pass.

死亡者が退職後、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 den avlidne någonsin varit en typ-4 försäkrad person i Employees’ Pension Insurance eller Voluntary and Continuous Insured Person under Seamen’s Insurance efter hans/hennes pensionering?		☐ 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 har betalats		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 Pension 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 den avlidne erhållit ersättning för arbetsoförmåga från National Pension, Employees’ Pension eller Mutual Aid Pension samt var frivilligt försäkrad av National Pension, erhöi han/hon 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 han/hon vistats i Okinawa under perioden 1 april 1961 till 14 maj 1972?		☐ はい / Ja		☐ いいえ / Nej	

7. 死亡を支給事由とする年金に関する情報 / Information för ansökan om efterlevandeförmåner

①死亡年月日 / Dödsfallsdatum		年 / AAAA		月 / MM		日 / DD	
②死亡の原因である疾病又は負傷の名称 Orsak till sjukdom/skada som orsakade dödsfallet							
③疾病又は負傷の発生した日 Datum för när sjukdom/skada uppkom/inträffade	年 / AAAA	月 / MM	日 / DD	④疾病又は負傷の 初診日 Datum för första medicinska undersökningen	年 / AAAA	月 / MM	日 / DD
⑤死亡の原因である疾病又は負傷の発生原因 Skäl till sjukdom/skada som orsakade dödsfallet							
⑥死亡の原因は第三者行為によりますか。 Orsakades dödsfallet av tredje part?		☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nej		⑦申請を行うものは死亡者の相続人になれるか。 Är den sökande en legal arvinge till den avlidne?		☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nej	
⑧死亡者は次の年金制度の被保険者、組合員又は加入者となったことがありますか。あるときは番号を○で囲んでください。 Hade den avlidne skrivit in sig i något av de allmänna pensionssystemen? Om ja, ringa in de pensionsystemen nedan.						☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nej	
1. 国民年金法 / National Pension Law 2. 厚生年金保険法 / Employees' Pension Insurance Law 3. 船員保険法（1986年4月以後を除く） / Seamen's Insurance Law (endast före april 1986) 4. 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。） / Law Concerning Mutual Aid Association for National Public Officials (Also Employees' Pension Insurance Law [Law Concerning Mutual Aid Association for National Public Officials] after oktober 2015) 5. 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（地方公務員等共済組合法）を含む。） / Law Concerning Mutual Aid Association for Local Public Officials (Also Employees' Pension Insurance Law [Law Concerning Mutual Aid Association for Local Public Officials] after oktober 2015) 6. 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。） / Law Concerning Mutual Aid Association for Private School Personnel (Also Employees' Pension Insurance Law [Law Concerning Mutual Aid Association for Private School Personnel] after oktober 2015) 7. 廃止前の農林漁業団体職員共済組合法 / Law concerning Mutual Aid association for Agricultural, Forestry and Fishery Institutions' Employees (tillämpades innan den avskaffades) 8. 旧市町村職員共済組合法 / Law Concerning Mutual Aid Association for Officials of Municipalities 9. 地方公務員の退職年金に関する条例 / Local Government Ordinance Concerning Retirement Pension for Local Public Officials 10. 恩給法 / Law Concerning Public Servants' pension 11. その他 / annan ()							
⑨死亡者は⑧の年金制度の年金を受給していましたか。受けていたときは、下欄に記入してください。 Mottog den avlidne pension från något av pensionssystemen i ⑧ ovan? Om ja, vänligen fyll i nedan.						☐ はい / Ja ☐ いいえ / Nej	
制度名 Pensionssystemets namn							
年金コード又は年金証書の記号番号 Pensionskod eller numret på pensionscertifikatet							
⑩死亡の原因は業務上ですか。 Är dödsfallet orsakat av en arbetsplatsolycka?		☐ はい / Ja		☐ いいえ / Nej			
⑪労災保険から給付が受けられますか。 Är den sökande berättigad till förmåner från arbetsskadeförsäkring? (Workers Accident Compensation Insurance system)		☐ はい / Ja		☐ いいえ / Nej			
⑫労働基準法による遺族補償が受けられますか。 Är den sökande berättigad till efterlevandeersättning enligt lagen om arbetsvillkor (Labour Standards Law)		☐ はい / Ja		☐ いいえ / Nej			

8. 代表者選任に関する情報 / Uppgifter om ombud när flera personer är berättigade/ kan ansöka

※2015 年9月 30 日以前に受給権が発生した遺族共済年金を請求する場合に記入してください。国民年金や厚生年金保険の遺族年金を請求される方は記入不要です。

Detta avsnitt är förberett för sökande av efterlevandepension från Mutual Aid Association. Vänligen fyll i fälten nedan om du blev berättigad till efterlevandepension från Mutual Aid Association före den 30 september 2015. Om du ansöker om efterlevandepension från National Pension eller Employees' Pension Insurance behöver du inte fylla i fälten i detta avsnitt.

請求代表者の氏名 Ombudets namn	ローマ字 / med romerska bokstäver	請求代表者の 生年月日 Ombudets födelsedatum	年 / AAAA	月 / MM	日 / DD
	カタカナ / med katakana tecken				
請求代表者の住所 Ombudets adress			請求代表者の死亡者 との続柄 Ombudets relation till den avlidne		
上記の者を請求代理人とします。 Vi utser ovan nämnda person till vårt ombud.					

氏名 Namn	ローマ字 / med romerska bokstäver	生年月日 Födelsedatum	年 / AAAA	月 / MM	日 / DD
	カタカナ / med katakana tecken				
住所 Adress			死亡者との続柄 Relation till den avlidne		

氏名 Namn	ローマ字 / med romerska bokstäver	生年月日 Födelsedatum	年 / AAAA	月 / MM	日 / DD
	カタカナ / med katakana tecken				
住所 Adress			死亡者との続柄 Relation till den avlidne		

氏名 Namn	ローマ字 / med romerska bokstäver	生年月日 Födelsedatum	年 / AAAA	月 / MM	日 / DD
	カタカナ / med katakana tecken				
住所 Adress			死亡者との続柄 Relation till den avlidne		

氏名 Namn	ローマ字 / med romerska bokstäver	生年月日 Födelsedatum	年 / AAAA	月 / MM	日 / DD
	カタカナ / med katakana tecken				
住所 Adress			死亡者との続柄 Relation till den avlidne		

氏名 Namn	ローマ字 / med romerska bokstäver	生年月日 Födelsedatum	年 / AAAA	月 / MM	日 / DD
	カタカナ / med katakana tecken				
住所 Adress			死亡者との続柄 Relation till den avlidne		

同順位者記入欄
Lista över sökanden

9. 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 som skulle kunna vara relaterad till min ansökan om förmån.

申請者の署名

Underskrift av sökande _____