

スウェーデン社会保障法令に基づく期間等の申立書

Declaration of Period of Coverage under Swedish Social Security Act

氏 名 / Name :

住 所 / Address : -

電話番号 / Telephone number : () -

私は、スウェーデン社会保障法令に基づく保険期間を有していることを申し立てます。

I, as stated below, declare that I have a period of coverage under Swedish Social Security Act.

① 氏 Last name	漢字 / in Chinese characters	② 名 First name	漢字 / in Chinese characters
	ローマ字 / in Roman letters		ローマ字 / in Roman letters
	カタカナ / in Katakana letters		カタカナ / in Katakana letters
③ 出生時の氏 Last name at birth	漢字 / in Chinese characters	④ 性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男/Male <input type="checkbox"/> 女/Female
	ローマ字 / in Roman letters		
	カタカナ / in Katakana letters	⑤ 生年月日 Date of birth	西暦/A.D. 年/Y 月/M 日/D
⑥ 出生国 Country of birth		⑦ 国籍 Nationality	
⑧ スウェーデンの社会保障番号 Swedish Personal Identification Number	<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"/>		
⑨ 日本の基礎年金番号 Japanese Basic Pension Number	<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"/>		