

社会保障に関する日本国とスイス連邦との間の協定

CH/JP4 スイス→日

AGREEMENT BETWEEN JAPAN AND THE SWISS CONFEDERATION ON SOCIAL SECURITY

保険期間確認請求書 Claim for Verifying Periods of Coverage

※この請求書は、スイスの実施機関の窓口提出用です。
This claim form is only for submission to competent institution of Switzerland.

日本の照会番号
Japanese reference number

※日本保険者により記入される欄
To be completed only by Japanese liaison agencies

スイス実施機関記入欄
Used by the competent institution of Switzerland

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

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

スイスにおける社会保障番号
Social Security Number in Switzerland

Reason for the claim / 請求書作成事由

☐ Japanese periods of coverage were found upon filing a claim for Swiss benefit. (Article 13 of the Agreement) I authorize the Japanese competent institution to furnish them to the competent institution of Switzerland. スイスの年金申請時に相手国期間が判明したことによる。(協定第13条) 日本の実施機関がスイスの実施機関へ当該情報を提供することに同意します。

☐ Other than above (Specify) / 上記以外の場合 (使用する目的を下記に記入してください。)

1. Insured Person / 被保険者に関する情報

① Last name 氏	in Roman letters/ローマ字				② First name 名	in Roman letters/ローマ字			
	in Katakana letters/カタカナ		in Kanji letters/漢字			in Katakana letters/カタカナ		in Kanji letters/漢字	
③ Date of Birth 生年月日	年/Y	月/M	日/D	④ Sex 性別	<input type="checkbox"/> Male / 男 <input type="checkbox"/> Female / 女	⑤ Telephone number including country and area code 電話番号 (国番号、エリアコードを含む)			
⑥ Address 住所	in Roman letters / ローマ字								
	in Katakana letters / カタカナ								

2. Claimant / 申請者に関する情報

① Last name 氏	in Roman letters / ローマ字				② First name 名	in Roman letters / ローマ字			
	in Katakana letters / カタカナ		in Kanji letters / 漢字			in Katakana letters / カタカナ		in Kanji letters / 漢字	
③ Date of Birth 生年月日	Y/年	M/月	D/日	④ 性別 Sex	<input type="checkbox"/> Male/男 <input type="checkbox"/> Female/女	⑤ Telephone number including country and area code 電話番号 (国番号、エリアコードを含む)			
⑥ Address 住所	in Roman letters / ローマ字								
	in Katakana letters / カタカナ								
									⑦ Relationship to the deceased person 死亡者との続柄

3. History of coverage under the Japanese pension systems / 日本の保険加入期間に関する情報

Fill in the insured person's detailed history of coverage under the Japanese public pension systems as accurately as possible.

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。

[illegible]

(注)

- 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。

$$(*)$$

- 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 (Seamen's) Insurance and "4" for Employees' Pension Insurance (Mutual Aid Association).
- When you fill in "4" for Employees' Pension Insurance (Mutual Aid Association), please write the name of Mutual Aid Association he/she belonged..
- Please fill in the insured person's former name in this column, if the insured's former name is different from current name by marriage or other reason.

4. Declaration of Claimant / 署名

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

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。私はスイス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。

Signature of Claimant

申請者の署名: