

Guide for Claim for National Pension / Employees' Pension Insurance [国民年金・厚生年金保険裁定請求書 記入要領]
Claim for Old Age / Disability Pension 老齢、障害を支給事由とする年金給付

You can find your Japanese Basic Pension Number or Number on Pension Handbook on your Notice of Basic Pension Number or on your Pension Handbook.

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 and ⑤: Please capitalize in Roman letters.
(Same for the rest of this form)
- Also, you may fill them in "in Katakana letters", if they are available. (Same for the rest of this form)
- ①, ②, ⑤のローマ字は、大文字で記してください。
-①, ②, ⑤の「カタカナ」欄(こば)は、カタカナ及び漢字を記入してください。

社会保障に関する日本国とスイス連邦との間の協定
AGREEMENT BETWEEN JAPAN AND THE SWISS CONFEDERATION 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)
(先端機会への年金保険裁定請求書参照)

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、スイスの実施規則の範囲適用です。
This claim form is only for submission to 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
12桁

受付日が入ったスタンプ Chancery stamp at the competent Institution of Switzerland
--

CH/JP 1 2月→日
2月 月 指定記入欄
Used by the competent institution
of Switzerland

Please fill in this claim form in Japanese or English.
該申請書は、日本語、又は英語にて記入してください。

申請のあたった給付の種類 / Type of benefits claimed

<input type="checkbox"/> 老年を定給年齢とする年金 / Old age
<input type="checkbox"/> 障害を定給年齢とする年金 / Disability

For "Type of benefits claimed", please check the appropriate box to indicate the benefit you are claiming.
申請のあたった給付の種類は、請求する年金をチェックしてください。

① 備考欄に対する欄 / Claimant				
①⑥ Last name 姓	ローマ字 / In Roman letters カタカナ/In Katakana letters 漢字/In Chinese characters	①⑦ First name 名 カタカナ / In Katakana letters ローマ字 / In Roman letters 漢字/In Chinese characters	①⑧ 性別 Sex Address 住所	①⑨ 出生年月日 Date of Birth 年 / Y 月 / M 日 / D
⑩ 電話番号 (固有番号、エリアコード含む) Telephone number including country and area code:				

Please enter the four-digit year and two-digit month, such as "1955 12 15" for December 15, 1955. (Same for the rest of this form)
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

② 備考欄に対する欄 / Claimant's spouse				
②⑥ Last name 姓	ローマ字 / In Roman letters カタカナ/In Katakana letters 漢字/In Chinese characters	②⑦ First name 名 カタカナ / In Katakana letters ローマ字 / In Roman letters 漢字/In Chinese characters	②⑧ 性別 Sex Address 住所	②⑨ 出生年月日 Date of Birth 年 / Y 月 / M 日 / D
⑩ 電話番号 (固有番号、エリアコード含む) Telephone number including country and area code:				

If you have an eligible spouse, please fill in this section.
An eligible spouse includes a de facto spouse (common-law) who is not officially registered to be married.
配偶者がいるときに記入してください。なお、配偶者は、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。

If you have an eligible child(ren), please fill in this section.
An eligible child is a child who on March 31 is age 18 or younger, or is aged under 20 if he/she is disabled.

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。

Please capitalize in Roman letters the bank name and branch name.
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。

- Division 1: Please indicate whether you are receiving or in the process of filing a claim for another Japanese public pension for old age, disability or death. (Refer to the list of applicable pension systems). If so, please enter the name of the public pension system, type of pension benefit, date of entitlement, Pension Code or Number on Pension Certificate.

If you are receiving more than one public pension, please attach the additional information.

If you are receiving one of the Mutual Aid pensions, please enter the name of the Mutual Aid Association under "Name of system".

- Division 2: Please indicate information about your spouse's benefit, if applicable, in the same manner indicated above.

- 5. 1は申請者がが日本国の公的年金制度等から老齢、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、受けることなど年月日、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、制度名に記入しているか記入してください。

- 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. 子に就する欄 / Claimant's children

① Last name 姓	ローマー / In Roman letters カタカナ / In Katakana letters 漢字 / In Kanji letters	② First name 名 姓	ローマー / In Roman letters カタカナ / In Katakana letters 漢字 / In Kanji letters
③ Sex 性別	<input type="checkbox"/> 女 / Male <input type="checkbox"/> 女 / Female	④ Date of Birth 誕生日	⑤ Y / Y M / M D / D
⑥ Annual income under 8.5 million yen 年収850万円未満		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No	
⑦ Last name 姓	ローマー / In Roman letters カタカナ / In Katakana letters 漢字 / In Kanji letters	⑧ First name 名 姓	ローマー / In Roman letters カタカナ / In Katakana letters 漢字 / In Kanji letters
⑨ Sex 性別	<input type="checkbox"/> 女 / Male <input type="checkbox"/> 女 / Female	⑩ Date of Birth 誕生日	⑪ Y / Y M / M D / D
⑫ Annual income under 8.5 million yen 年収850万円未満		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No	

4. 独立金庫等に対する申告 / Nomination of a financial institution to which benefits will be sent

① 名前 Name of Bank 銀行の名前	② Account Number 口座番号
③ 本店 Head office 本店又は支店名 Name of branch office	④ ローマー / In Roman letters カタカナ / In Katakana letters 漢字 / In Kanji letters
⑤ 支店 Branch 支店又は支店名 Name of branch office	

5. 年金請求権者について / Japanese public pension which the claimant is receiving

① 年金制度 Pension System 年金制度名 Name of System 年金会員登録番号 Pension Code or Number on Pension Certificate	② 年金を受け取る年齢 Age 年金を受け取ることと なった日 Date of Entitlement 年 / Y 月 / M 日 / D	③ 年金を受け取る年齢 Age 年金を受け取ることと なった日 Date of Entitlement 年 / Y 月 / M 日 / D
④ 年金を受け取る年齢 Age 年金を受け取ることと なった日 Date of Entitlement 年 / Y 月 / M 日 / D	⑤ 年金を受け取る年齢 Age 年金を受け取ることと なった日 Date of Entitlement 年 / Y 月 / M 日 / D	⑥ 年金を受け取る年齢 Age 年金を受け取ることと なった日 Date of Entitlement 年 / Y 月 / M 日 / D
⑦ 年金を受け取る年齢 Age 年金を受け取ることと なった日 Date of Entitlement 年 / Y 月 / M 日 / D	⑧ 年金を受け取る年齢 Age 年金を受け取ることと なった日 Date of Entitlement 年 / Y 月 / M 日 / D	⑨ 年金を受け取る年齢 Age 年金を受け取ることと なった日 Date of Entitlement 年 / Y 月 / M 日 / D

Applicable public pension systems

- A. National Pension Law
- B. Employees' Pension Insurance Law
- C. Seamen's Insurance Law (Only before April 1986)
- D. Law concerning Mutual Aid Association for National Public Officials (Also Employees' Pension Insurance Law) (Law Concerning Mutual Aid Association for National Public Officials) after October 2015 (Including the Laws concerning the Implementation of Long Term Benefits enacted before April 1986)
- E. Law concerning Mutual Aid Association for Local Public Officials (Also Employees' Pension Insurance Law) (Law Concerning Mutual Aid Association for Local Public Officials) after October 2015 (Including the Laws concerning the Implementation of Long Term Benefits enacted before April 1986)
- F. Law concerning Mutual Aid for Private School Personnel (Also Employees' Pension Insurance Law [Law Concerning Mutual Aid Association for Private School Personnel] after October 2015)
- G. Law concerning Mutual Aid Association for Agricultural, Forestry and Fishery Institutions' Employees
- H. Law concerning Public Servants' Pension
- I. Local Government Ordinance concerning Retirement Pension for Local Public Officials
- J. Law concerning Mutual Aid Association for Miners at Government-owned YAWATA Works of Nippon Steel Co.
- K. Supplementary Provision Article No. 13 of the District Court Special Officials Law
- L. Law concerning Special Measures for Former MAAs Beneficiaries
- M. Law for Relief of War Victims and Survivors

公的年金制度一覧

- アイ
厚生年金保険法
雇員保険法(1986年4月以後を除く)
国家公務員共済組合法(2015年10月以降の厚生年金保険法(国際公務員共済組合法を含む))
- オ
1986年4月以前の長期給付に関する施行法を含む。(1986年4月以前の長期給付に関する施行法を含む。)(1986年4月以前の地方公務員共済組合法を含む。)
- 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組合法を含む。))
- キ
農林漁業団体職員共済組合法
恩給給付公務員の退職年金に関する条例
日本製鉄ハニカム組合
日本製鉄組合規則第13条
コサ
ノ
特別措置法
ス
戦傷病者戻族等保護法

<p>If you are not sure of the specific dates, enter as much information as you know, such as month or season, e.g. summer of year xxxx. 詳しくわからないときでも、年・月まであるいは年 夏までといったように記入してください。</p>	<p>Please enter the corresponding number to each system, which is provided at the bottom of section 6. 欄外の該当する年金制度の番号を記入してください。</p>																																		
<p>6. 日本の雇用者年金制度に関する情報 / History of coverage under Japanese pension systems Fill in your detailed history of coverage under the Japanese public pension systems as accurately as possible.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">期間 (ヶ月/年) Period of Coverage From YMD To YMD</th> <th style="width: 85%;">場所 (被保険者) の住所(船舶を含む)または お名前 / Name of the workplace or ship where you were enrolled as a member on board a ship</th> <th style="width: 15%;">加入した年金制度 Pension system under which you were covered(*)</th> </tr> <tr> <td>/ / / まで</td> <td>/ / / まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>/ / / まで</td> <td>/ / / まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>/ / / まで</td> <td>/ / / まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>/ / / まで</td> <td>/ / / まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>/ / / まで</td> <td>/ / / まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>/ / / まで</td> <td>/ / / まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>/ / / まで</td> <td>/ / / まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>/ / / まで</td> <td>/ / / まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>/ / / まで</td> <td>/ / / まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>/ / / まで</td> <td>/ / / まで</td> <td></td> </tr> </table>			期間 (ヶ月/年) Period of Coverage From YMD To YMD	場所 (被保険者) の住所(船舶を含む)または お名前 / Name of the workplace or ship where you were enrolled as a member on board a ship	加入した年金制度 Pension system under which you were covered(*)	/ / / まで	/ / / まで		/ / / まで	/ / / まで		/ / / まで	/ / / まで		/ / / まで	/ / / まで		/ / / まで	/ / / まで		/ / / まで	/ / / まで		/ / / まで	/ / / まで		/ / / まで	/ / / まで		/ / / まで	/ / / まで		/ / / まで	/ / / まで	
期間 (ヶ月/年) Period of Coverage From YMD To YMD	場所 (被保険者) の住所(船舶を含む)または お名前 / Name of the workplace or ship where you were enrolled as a member on board a ship	加入した年金制度 Pension system under which you were covered(*)																																	
/ / / まで	/ / / まで																																		
/ / / まで	/ / / まで																																		
/ / / まで	/ / / まで																																		
/ / / まで	/ / / まで																																		
/ / / まで	/ / / まで																																		
/ / / まで	/ / / まで																																		
/ / / まで	/ / / まで																																		
/ / / まで	/ / / まで																																		
/ / / まで	/ / / まで																																		
/ / / まで	/ / / まで																																		
<p>- Please enter your history of coverage under the public pension systems in chronological order from the oldest/first coverage to the most recent one.</p> <p>- If your address changed during the time you were covered by the National Pension, please specify the old address and the term of residence.</p> <p>- If there was any change in name or address of a workplace or if you were transferred between branch offices while you were covered under the Employees' Pension Insurance and such, please enter the individual workplace's name, address, period of coverage and name of pension system respectively.</p> <p>- 加入期間は、請求者が初めて日本国との公的年金制度に加入了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、住所地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。</p>																																			
<p>※扶養親族が不在の場合は扶養親族についても該当欄に記入してください。</p> <p>- 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 あつたときは、それで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。</p>																																			
<p>H. 雇用者の健康保険制度の履歴 / History of coverage under Japanese health insurance systems</p> <p>Fill in your detailed history of coverage under the Japanese public health insurance systems as accurately as possible.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">期間 (ヶ月/年) Period of Coverage From Y/M To Y/M</th> <th style="width: 85%;">場所 (被保険者) の住所(船員を含む)または お名前 / Name of the workplace or ship where you were insured in the National Health Insurance system</th> <th style="width: 15%;">加入した年金制度 Pension system under which you were covered(*)</th> </tr> <tr> <td>/ / まで</td> <td>/ / まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>/ / まで</td> <td>/ / まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>/ / まで</td> <td>/ / まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>/ / まで</td> <td>/ / まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>/ / まで</td> <td>/ / まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>/ / まで</td> <td>/ / まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>/ / まで</td> <td>/ / まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>/ / まで</td> <td>/ / まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>/ / まで</td> <td>/ / まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>/ / まで</td> <td>/ / まで</td> <td></td> </tr> </table>			期間 (ヶ月/年) Period of Coverage From Y/M To Y/M	場所 (被保険者) の住所(船員を含む)または お名前 / Name of the workplace or ship where you were insured in the National Health Insurance system	加入した年金制度 Pension system under which you were covered(*)	/ / まで	/ / まで		/ / まで	/ / まで		/ / まで	/ / まで		/ / まで	/ / まで		/ / まで	/ / まで		/ / まで	/ / まで		/ / まで	/ / まで		/ / まで	/ / まで		/ / まで	/ / まで		/ / まで	/ / まで	
期間 (ヶ月/年) Period of Coverage From Y/M To Y/M	場所 (被保険者) の住所(船員を含む)または お名前 / Name of the workplace or ship where you were insured in the National Health Insurance system	加入した年金制度 Pension system under which you were covered(*)																																	
/ / まで	/ / まで																																		
/ / まで	/ / まで																																		
/ / まで	/ / まで																																		
/ / まで	/ / まで																																		
/ / まで	/ / まで																																		
/ / まで	/ / まで																																		
/ / まで	/ / まで																																		
/ / まで	/ / まで																																		
/ / まで	/ / まで																																		
/ / まで	/ / まで																																		
<p>* 詳しくわからないときでも、年・月まであるいは年 夏までといったように記入してください。</p> <p>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)に届け出ているようなと きは、東京の本社の所在地を記入するといつたよ うに、厚生年金保険の適用があつたところの所在 地を記入してください。</p> <p>○ 填入欄は(1)、厚生年金保険(健康保険)、(2)「 厚生年金(船員)保険」(3)、「厚生年金保険(支給保険)」を記入 してください。</p> <p>○ 所在年金制度(扶養親族)「4」の場合は、加入了した扶養親族の住所もこ の欄に入れてください。</p> <p>○ 健康保険(厚生年金保険)扶養親族の名前など場合は、この欄に 加入料が支払を記入してください。</p> <p>※扶養親族が不在の場合は扶養親族についても該当欄に記入してください。</p> <p>About the workplace of your latest employment under the Japanese pension systems</p> <p>◎被保険者の健診結果の登録番号 (扶養親族を含む) Code-number on your Employee's Health Insurance Certificate (if available)</p> <p>(個人で被保険者登録番号がある場合は、被保険者の健診結果登録番号をかづ た。こ)どもありません。/ Have you ever been a Type-4 Insured Person under the Employees' Pension Insurance or a Voluntary and Continuous Insured Person under the Seaman's Insurance?</p> <p>○被保険者の健診登録番号 Insured person's reference code-number</p> <p>◎被保険者登録した期間 Periods during which the insurance contributions were paid</p> <p>○被保険者登録した年金事務所名 (社会保険事務所) Name of the Branch Office of Japan Pension Service (the Social Insurance Office to which the insurance contributions were paid)</p>																																			

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。

If you are claiming a disability benefit, please complete this section.
障害を支給事由とする年金を申請する方が記入します。

7. 障害支給請求による年金に該する情報 / Information for a claim for disability benefits									
Type of Claim		<input type="checkbox"/> OBEN H / □ Chanc for benefits due to disability while contributing <input type="checkbox"/> Chanc for benefits due to advanced degree of disability							
① の場合、過去に(1)と上記の問題があったことがありますか? If (①) above applies, have you claimed for ① in the past?		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No							
② 過去に(2)の公的年金を受給したことがありますか? Have you ever received a Japanese public pension for disability?		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No							
③ 何の年金番号/Pension Code or Number on Pension Certificate									
3. 痘病について / About the disease/injury									
① 痘病名 / Name of Disease/injury		<input type="checkbox"/> 国民年金 / National Pension <input type="checkbox"/> 市町村年金制度 / Employee's Pension Insurance <input type="checkbox"/> 公的年金制度 / Local Government Employees' Pension Insurance [Municipal Aid Association]							
② 痘病の発生した日 / Date of Onset		<input type="checkbox"/> 年 / Y <input type="checkbox"/> 月 / M <input type="checkbox"/> 日 / D							
③ ①の日付の初回検査日 / Date of the first medical examination		<input type="checkbox"/> 年 / Y <input type="checkbox"/> 月 / M <input type="checkbox"/> 日 / D							
④ ②と③の日付が同じですか? なければ、どちらが先ですか? Was the date of onset/disease/injury the same as the date of the first medical examination?		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No							
⑤ ②の日付で検査を受けたときにどの医療機関で受けましたか? Was the disease/injury caused by work?		<input type="checkbox"/> 労働基準法 / Labour Standards Law <input type="checkbox"/> 職業健康法 / Seamen's Insurance Law <input type="checkbox"/> 労働災害賠償制度法 / Workers' Accident Compensation Insurance Law <input type="checkbox"/> 地方公務員賠償制度法 / Local Government Employees' Accident Compensation Insurance Law <input type="checkbox"/> 公的年金制度 / Public Pensions and Welfare Benefits Law <input type="checkbox"/> 労働者健康保険法 / Occupational Accident Compensation Law for Public School Physicians, Dentists, and Pharmacists							
⑥ ②の日付で検査を受けたときにどの医療機関で受けましたか? Was the disease/injury caused by a third party?		<input type="checkbox"/> 損害賠償法 / Disability Compensation Benefit (Disease Benefit) <input type="checkbox"/> 健康保険法 / Health Insurance / Invalidity Compensation Benefit (Inability Benefit)							
⑦ ②の日付で検査を受けたときにどの医療機関で受けましたか? Was the disease/injury caused by a third party?		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No							

Division 1: Please check one of the two types of claim below:

① Claim for benefits Due to onset of disability while contributing:
If you have a prescribed level of disability on the day when the one year and six months have elapsed since the first medical examination of the sickness or injury, you can claim this benefit. You can also claim this benefit at an earlier date than the one year and six months, when the injury is cured or fixed to a state of disability, if not cured. Please note you need to have certain qualifying periods of coverage.

② Claim for benefits due to advanced degree of disability:
Even if condition ① above does not apply to you, you can still claim a benefit if your disability level advances to the prescribed level at a later date. Please note you must apply before you attain age 65.

You are entitled to the benefit the month following the month of your application.

7. 1-1. 障害認定日にによる請求
7. 1-2. 障害認定日にによる請求又は事後重症による請求
7. 1-3. その他の請求
7. 1-4. その他の請求

① 障害認定日にによる請求
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に該当しなかつ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。

In signing, you attest to the truth of the information given in the application.

You also authorize the competent institution of Switzerland to provide to the Japanese competent institutions information which may affect your entitlement to the Japanese benefits for which you are applying.

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。

あなたはイスの実施機関に対し、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る情報を日本の実施機関に提供する権限を与えます。

6. 署名 / Declaration of Claimant
私は、私の知り得るところ、本申請書にて記載された情報は真であることを誓います。自己スイズの実施機関に対する申請料金を請求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 Switzerland to furnish to the Japanese competent institutions all information and documents which relate to or could relate to this claim for benefits.

申請書提出者:

Signature of claimant: