

社会保障に関する日本国とフィリピン共和国との間の協定

PH/JP 2 フ→日

AGREEMENT BETWEEN JAPAN AND THE REPUBLIC OF THE PHILIPPINES ON SOCIAL SECURITY

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）

フィリピン実施機関記入欄
Used by the competent institution of the Philippines

Claim for National Pension / Employees' Pension Insurance
(For **Survivors Pension**)
(Also claim for Employees' Pension Insurance to Mutual Aid Association)

日本の照会番号 Japanese reference number

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

※この請求書は、フィリピンの社会保障制度機関の窓口提出用です。
This claim form is only for submission to competent institutions of the Philippines responsible for administration of the social security system.

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

死亡者の日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Deceased person's Japanese Basic Pension Number or Number on Pension Handbook

死亡者のフィリピンにおける社会保障番号 (SSS) Deceased person's SSS Number
死亡者のフィリピンにおける社会保障番号 (GSIS) Deceased person's GSIS BP Number

1. 死亡者に関する情報 / Deceased person

①氏 Last name	□-マ字 / in Roman letters		②名 First name	□-マ字 / in Roman letters		
	カタカナ/in Katakana letters	漢字/in Kanji letters		カタカナ/in Katakana letters	漢字/in Kanji letters	
③性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 / Male <input type="checkbox"/> 女 / Female		④生年月日 Date of Birth	年 / Y	月 / M	日 / D

2. 申請者に関する情報 / Claimant

①氏 Last name	□-マ字 / in Roman letters		②名 First name	□-マ字 / in Roman letters		
	カタカナ/in Katakana letters	漢字/in Kanji letters		カタカナ/in Katakana letters	漢字/in Kanji letters	
③性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 / Male <input type="checkbox"/> 女 / Female		④生年月日 Date of Birth	年 / Y	月 / M	日 / D
⑤住所 Address	□-マ字 / in Roman letters					
	カタカナ / in Katakana letters					
⑥死亡者との続柄 / Relationship to the deceased person						
⑦基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Basic Pension Number or Number on Pension Handbook						
⑧フィリピンにおける社会保障番号 (SSS/GSIS) SSS Number / GSIS BP Number						
⑨電話番号 (国番号、エリアコードを含む) Telephone number including country and area code						
⑩年収が850万円未満ですか Annual income under 8.5 million yen? <input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No						

3. 子に関する情報 / Deceased person's child(ren)					
1	①氏 First name	ローマ字 / in Roman letters	②名 Last name	ローマ字 / in Roman letters	
		カタカナ/in Katakana letters	漢字/in Kanji letters	カタカナ/in Katakana letters	漢字/in Kanji letters
	③性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 / Male	<input type="checkbox"/> 女 / Female	④生年月日 Date of Birth	年 / Y 月 / M 日 / D
	⑤障害の状態にありますか / Child with disability?	<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No			
⑥年収が850万円未満ですか Annual income under 8.5 million yen?	<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No				
2	①氏 First name	ローマ字 / in Roman letters	②名 Last name	ローマ字 / in Roman letters	
		カタカナ/in Katakana letters	漢字/in Kanji letters	カタカナ/in Katakana letters	漢字/in Kanji letters
	③性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 / Male	<input type="checkbox"/> 女 / Female	④生年月日 Date of Birth	年 / Y 月 / M 日 / D
	⑤障害の状態にありますか / Child with disability?	<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No			
⑥年収が850万円未満ですか Annual income under 8.5 million yen?	<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No				

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。 / In case there are other children the claimant has, please give their information concerning this section in a separate sheet of paper, which should be submitted with the application form.

4. 支払金融機関に関する情報 / Nomination of a financial institution to which benefits will be sent					
①銀行の名前 Name of Bank				③口座番号 Account Number	
②本店又は支店名 Head office or Name of branch office	<input type="checkbox"/> 本店 / Head office	④銀行の住所 Address of Bank	ローマ字 / In Roman letters		
	<input type="checkbox"/> _____ 支店 branch		カタカナ / in Katakana letters		
⑤フィリピンにある銀行への送金を希望する場合は、出来るだけその銀行に関するSWIFTコード（8桁または11桁の英数字）を記入して下さい。 If you prefer remittance to a bank in the Philippines, Please fill in SWIFT code (8 or 11 digits)					

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 / Japanese public pension which the claimant is receiving					
申請者は既に日本国の公的年金を受給または現在請求中ですか。 Is the claimant receiving or currently claiming a Japanese public pension?			<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No		
①制度名 Name of System			③支給を受けることとなった年月日 Date of Entitlement	年 / Y	月 / M 日 / D
②年金の種類 Type of Pension	<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金/Old Age <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金/Disability <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金/Survivors				
④年金コード又は年金証書の記号番号 Pension Code or Number on Pension Certificate					

6. 死亡者の日本の年金制度における保険加入期間に関する情報 / Deceased person's history of Coverage under Japanese pension systems

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。

Fill in his/her detailed history of coverage under the Japanese public pension systems as accurately as possible

加入期間 (年/月/日) Periods of Coverage From Y/M/D To Y/M/D	事業所 (船舶所有者) の名称及び船員であつたときはその船舶名 / Name of the workplace or ship owner in case he/she were a crew member on board a ship	事業所(船舶所有者)の所在地又は国民年金加入時の住所 / Address of the workplace or ship owner, or his/her address when he/she was enrolled in the National Pension	加入していた年金制度等 (注1) Pension system under which he/she was covered (*)	加入していた当時の氏名 (注2) Deceased person's former name, if any (**)
/ / から / / まで				
/ / から / / まで				
/ / から / / まで				
/ / から / / まで				
/ / から / / まで				

(注1)

- 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。

(注2)

- 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3)

- 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およ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。

(*)

- 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 to which he/she belonged.

(**)

- Please fill in deceased person's former name in this column, if his/her former name is different from current name by marriage or other reason.
- If deceased person had right of permanent residence in Japan or Japanese nationality, please note it that there is possibility to be authorized the period of coverage under the Japanese legislation by attaching a copy of the certificate concerning acquisition of the right of permanent residence in Japan or Japanese nationality, or a copy of his/her passport.

死亡した人が退職後、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。 Has deceased person ever been a Type 4 Insured Person under the Employees' Pension Insurance or a Voluntary and Continuous Insured Person under the Seamen's Insurance after his/her retirement?	<input type="checkbox"/> はい / Yes	<input type="checkbox"/> いいえ / No
①被保険者の整理記号番号 Insured person's reference code-number		
②保険料を納めた期間 Periods during which the insurance contributions were paid	自 / From	年 / Y 月 / M 日 / D
	至 / To	
③保険料を納めた年金事務所名 (社会保険事務所名) Name of the Branch Office of the Japan Pension Service (the Social Insurance Office) to which the Insurance contributions were paid		
④次の項目に該当しますか。 Please answer the following questions:		
国民年金、厚生年金保険、また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。 If deceased person had received disability benefits of the National Pension, Employees' pension or Mutual Aid Pension and was covered voluntarily under the National Pension, did he/she receive a special lump-sum payment based?	<input type="checkbox"/> はい / Yes	<input type="checkbox"/> いいえ / No
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。 Had he/she been in Okinawa between 1 April, 1961 and 14 May, 1972?	<input type="checkbox"/> はい / Yes	<input type="checkbox"/> いいえ / No

7. 死亡を支給事由とする年金に関する情報 / Information for a claim for Survivors benefits

①死亡年月日 / Date of Death				年 / Y		月 / M		日 / D	
②死亡の原因である疾病又は負傷の名称 Name of disease/injury which caused the death									
③疾病又は負傷の発生日 Date of onset of the disease/injury		年/Y	月/M	日/D	④疾病又は負傷の初診日 Date of the first medical examination		年 / Y	月 / M	日 / D
⑤死亡の原因である疾病又は負傷の発生原因 Cause of disease/injury which caused the death									
⑥死亡の原因は第三者行為によりますか？ Was the death caused by a third party?		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No		⑦申請を行うものは死亡者の相続人になれますか？ Is the claimant a legal heir of the deceased person?		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No			
⑧死亡した人は次の年金制度の被保険者、組合員又は加入者となつ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。 Had the deceased person ever enrolled in any of the public pension system? If yes, circle the number of applicable systems below.								<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No	
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 (only before 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 October 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 October 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 October 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 (Applied before its abolition) 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 / other ()									
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。 Was the deceased person receiving a pension from a pension system listed in ⑧ above? If yes, please fill in below.								<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No	
制度名 Name of Pension System									
年金コードまたは年金証書の記号番号 Pension Code or Number on Pension Certificate									
⑩死亡の原因は業務上ですか。 Is the cause of death on the job accident?		<input type="checkbox"/> はい / Yes		<input type="checkbox"/> いいえ / No					
⑪労災保険から給付が受けられますか。 Is the claimant eligible for benefits under Workes' Accident Compensation Insurance system?		<input type="checkbox"/> はい / Yes		<input type="checkbox"/> いいえ / No					
⑫労働基準法による遺族補償が受けられますか。 Is the claimant eligible for survivors compensation under Labour Standards Law?		<input type="checkbox"/> はい / Yes		<input type="checkbox"/> いいえ / No					

8. 代表者選任に関する情報 / Nomination of the representative in case of more than one eligible claimant

請求代表者の氏名 Name of the representative	ローマ字 / in Roman letters	請求代表者の 生年月日 Representative's Date of Birth	年 / Y			月 / M		日 / D	
	カタカナ / in Katakana letters								
請求代表者の住所 Address of the representative			請求代表者の死亡者との続柄 Representative's relationship to the deceased person						

上記の者を請求代理人とします。
We nominate the above-mentioned person our representative.

氏名 Name	ローマ字 / in Roman letters	生年月日 Date of Birth	年 / Y			月 / M		日 / D	
	カタカナ / in Katakana letters								
住所 Address			死亡者との続柄 Relationship to the deceased person						
氏名 Name	ローマ字 / in Roman letters	生年月日 Date of Birth	年 / Y			月 / M		日 / D	
	カタカナ / in Katakana letters								
住所 Address			死亡者との続柄 Relationship to the deceased person						
氏名 Name	ローマ字 / in Roman letters	生年月日 Date of Birth	年 / Y			月 / M		日 / D	
	カタカナ / in Katakana letters								
住所 Address			死亡者との続柄 Relationship to the deceased person						
氏名 Name	ローマ字 / in Roman letters	生年月日 Date of Birth	年 / Y			月 / M		日 / D	
	カタカナ / in Katakana letters								
住所 Address			死亡者との続柄 Relationship to the deceased person						
氏名 Name	ローマ字 / in Roman letters	生年月日 Date of Birth	年 / Y			月 / M		日 / D	
	カタカナ / in Katakana letters								
住所 Address			死亡者との続柄 Relationship to the deceased person						

同順位者記入欄
List of claimants

9. 署名 / Declaration of Claimant

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。私はフィリピ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。

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

申請者の署名

Signature of Claimant: _____