



**IF DISABILITY PENSION IS BEING CLAIMED, PLEASE FILL OUT ITEM 3**

障害年金を請求する場合は、項目 3 をご記入ください

3 Describe why you are unable to work 就労できない理由について記載して下さい。		
3.1	<input type="checkbox"/> I have attached the doctor's medical report (JP/PH2). 私は医師の（医療）証明書を添付しました	3.2 Nature of sickness/Injury 病名

**IF A SURVIVORSHIP OR DEATH PENSION IS BEING CLAIMED, PLEASE FILL OUT ITEMS 4 & 5**

遺族年金を請求する場合は、項目 4 および 5 をご記入下さい。

4 Particulars of the deceased member 死亡した被保険者の情報	
4.1	Date (DD/MM/YYYY) and place of death (Attach copy of death certificate) 死亡した年月日（DD/MM/YYYY）及び死亡した場所（死亡証明書の写しを添付して下さい。） .....
4.2	Was the deceased previously receiving pension from SSS/GSIS? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 故人は社会保障機構（SSS） / 公務員保険機構（GSIS）から給付を受けていましたか？ はい いいえ
	If yes, type of pension 受けていた場合は、年金の種類を記入して下さい。 .....
	Amount of monthly pension 年金額（月額）を記入して下さい。 .....

5. Particulars of the surviving spouse/claimant 遺族（配偶者/申請者）の情報	
5.1 Name (Surname, Given name, Middle name) in Roman letters ローマ字での名前（姓、名前、ミドルネーム） .....	5.2 Date of birth (DD/MM/YYYY) 生年月日(DD/MM/YYYY) .....
5.3 Nationality 国籍 .....	5.4 Sex 性別 Male 男性 <input type="checkbox"/> Female 女性 <input type="checkbox"/>
5.5 Date of Marriage (DD/M/YYYY) 婚姻日（DD / MM / YYYY） .....	
5.6 If the spouse is deceased/legally separated 配偶者が死亡した/法的別離した場合 Date of death/separation (DD/MM/YYYY) and place of death: 死亡した年月日（DD / MM / YY）及び死亡した場所： .....	
5.7 Was the marriage subsisting at the time of death of the member? 婚姻関係は被保険者の死亡時に存続していましたか？ <input type="checkbox"/> Yes (Attach proof of marriage) <input type="checkbox"/> No はい（婚姻の証明を添付して下さい。） いいえ	
5.8 Is the surviving spouse receiving pension from the SSS/GSIS? 遺族である配偶者は社会保障機構（SSS） / 公務員保険機構 （GSIS）から年金を受給していましたか？ Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> はい いいえ	

If yes, type of pension 受給している場合は、年金の種類を記入して下さい。 .....

Amount of monthly pension 年金額（月額）を記入して下さい。 .....

SSS Number フィリピンにおける社会保障番号（SSS）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

GSIS BP Number フィリピンにおける社会保障番号（GSIS）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 6 Options for payment of Philippine benefits

### フィリピン給付の支払いに関する選択項目

- IN THE CASE OF SSS: Payment thru CTBC All-Day Access Card  
 SSS の場合：CTBC All-Day Access Card を通じた支払い  
 Note: If you do not have a bank account in the Philippines, please attach "CTBC All-Day Access Card Enrollment Form" to this application form to pay the Philippine benefit thru CTBC All-Day Access Card.  
 注：フィリピン国内の銀行口座をお持ちでない場合は、CTBC All-Day Access Card を通じてフィリピン年金を支払うため、この年金申請書に「CTBC All-Day Access Card 登録様式」を添付してください。

- IN THE CASE OF SSS: Payment thru ..... (options for payment except CTBC All-Day Access Card)  
 SSS の場合：All-Day Access Card 以外の方法を通じた支払い  
 【Please indicate the following if you prefer the payment thru the bank in the Philippines】  
 【フィリピン国内の銀行を通じた支払いを希望する場合には次の情報を記載してください。】

Name of Account Holder and Account number  
 口座保有者の氏名及び口座番号

.....  
 Name of the Bank  
 銀行の名前

.....  
 Address of the Bank  
 銀行の住所

.....  
 【Please indicate the necessary information SSS appoints if you prefer options for payment except thru the bank】  
 【銀行を通じた支払い以外を希望する場合には SSS が指定した必要情報を記載してください。】

- IN THE CASE OF GSIS: Payment thru Bank  
 GSIS の場合：銀行を通じた支払い  
 Please indicate the following:  
 次の情報を記載してください。

Name of Account Holder and Account number  
 口座保有者の氏名及び口座番号

.....  
 Name of the Bank ( You can choose either Union Bank of the Philippines (UBP) or Land Bank of the Philippines (LBP)  
 銀行の名前（ユニオン銀行またはランド銀行から選択可能です。）

.....  
 Address of the Bank  
 銀行の住所

**7 Particulars of the guardian (to be filled out only if qualified dependent children are under guardianship)**

保護者に関する情報（有資格扶養児童が後見の下にある場合のみ記入して下さい）

7.1	Name (Surname, Given name, Middle name) 名前（姓、名、ミドルネーム）	Relationship to the ward 被保護者との関係
-----	---	--------------------------------------

.....

7.2	Address 住所
-----	------------

.....

.....

**8 Certification 証明**

I certify on my honor and conscience that the information in this form is correct and complete. I am aware that I must notify the Philippine Social Security System /Government Service Insurance System of any change to this information.

私は私の名誉と良心に誓って、この請求書に記入した事項が正確かつ完全であることを証明します。また、記載した事項に変更が生じたときは、フィリピン社会保障機構（SSS）または公務員保険機構（GSIS）にその旨を届け出る義務があることを承知しています。

.....

**Date signed**

署名年月日

.....

**Signature over printed name of claimant**

ローマ字（ブロック体）または漢字で氏名を記入のうえ、

サインして下さい。