

AGREEMENT BETWEEN REPUBLIC OF THE PHILIPPINES AND JAPAN
ON SOCIAL SECURITY

JP/PH4 日→フィリピン

社会保障に関するフィリピン共和国と日本国との間の協定

Claims for Verifying Periods of Coverage

保険期間確認請求書

This form is only for submission to Japanese competent institutions responsible for administration of the social security system.
この請求書は、日本の実施機関の窓口提出用です。

Used by the Japanese competent institution.
日本の実施機関記入欄

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

SSS Number フィリピンにおける社会保障番号 (SSS)

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

Japanese Basic Pension Number 日本の基礎年金番号

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

GSIS BP Number フィリピンにおける社会保障番号 (GSIS)

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

Reason for the claim / 請求書作成事由

Philippine periods of coverage were found upon filing a claim for Japanese benefit (Article 20 of the Agreement). I authorize the competent institution of the Philippines to furnish them to the Japanese competent institution.

日本の年金申請時にフィリピン期間が判明したことによる。(協定第20条) フィリピンの実施機関が日本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. Member / 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	Y / 年	M / 月	D / 日	④ Sex 性別	<input type="checkbox"/> Male / 男	⑤ Telephone number including country and area code 電話番号 (国番号、エリアコードを含む)			
					<input type="checkbox"/> Female / 女				
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 Sex 性別	<input type="checkbox"/> Male / 男	⑤ Telephone number including country and area code 電話番号 (国番号、エリアコードを含む)			
					<input type="checkbox"/> Female / 女				
⑥ Address 住所	in Roman letters / ローマ字						⑦ Relationship to the Insured person 被保険者との続柄		
	in Katakana letters / カタカナ								

3. Periods of coverage under the Philippine Insurance Systems フィリピン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 Philippine insurance systems as accurately as possible.

フィリピン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。

Period of Coverage 加入期間 (年/月/日) From Y / M / D To Y / M / D	Name of the workplace 事業所名	Address of workplace 事業所の住所	Insurance system under which the insured was covered (*) 加入していた年金制 度等 (注)
/ / From から / / To まで			
/ / From から / / To まで			
/ / From から / / To まで			
/ / From から / / To まで			
/ / From から / / To まで			
/ / From から / / To まで			
/ / From から / / To まで			
/ / From から / / To まで			
/ / From から / / To まで			
/ / From から / / To まで			
/ / From から / / To まで			
/ / From から / / To まで			
/ / From から / / To まで			
/ / From から / / To まで			
/ / From から / / To まで			
/ / From から / / To まで			
/ / From から / / To まで			
/ / From から / / To まで			
/ / From から / / To まで			

*Indicate whether Social Security System or Government Service Insurance System member.

社会保障機構 (SSS) または公務員保険機構 (GSIS) かのいずれの被保険者であったかを表しています。

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 the Philippines to furnish to the Japanese competent institutions all information and documents which relate or could relate to this application 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。

Signature of Claimant

申請者の署名: _____