

# 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 1 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（**老齢、障害**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 Old Age / Disability 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 the 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

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

フィリピンにおける社会保障番号 (SSS)  
SSS Number

フィリピンにおける社会保障番号 (GSIS)  
GSIS BP Number

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

老齢を支給事由とする年金 / Old age

障害を支給事由とする年金 / Disability

### 1. 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
	□-マ字 / in Roman letters					
⑤住所 Address	カタカナ / in Katakana letters					
	⑥電話番号 (国番号、エリアコードを含む) Telephone number including country and area code					

### 2. 配偶者に関する情報 / Claimant's spouse

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
	□-マ字 / in Roman letters					
⑤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						

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

3. 子に関する情報 / Claimant's child(ren)			
1	①氏 Last name	□-マ字 / in Roman letters カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters
	②名 First name	□-マ字 / in Roman letters カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters
1	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 Last name	□-マ字 / in Roman letters カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters
	②名 First name	□-マ字 / in Roman letters カタカナ / in Katakana letters	漢字 / in Kanji letters
2	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 <input type="checkbox"/> _____ 支店 branch	④銀行の住所 Address of Bank	□-マ字 / In Roman letters 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. 現在、受給している日本国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	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			

配偶者は既に日本国の公的年金を受給していますか。 Is the claimant's spouse receiving a Japanese public pension or presently claiming one?		<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No			
2	①制度名 Name of System	③支給を受けることとなつた年月日 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. 日本の年金制度における保険加入期間に関する情報 / 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 your 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ったときはその船舶名 / Name of the workplace or ship owner in case you 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 your address when you were enrolled in the National Pension	加入していた年金制度等 (注1) Pension system under which you were covered (*)	加入していた当時の氏名 (注2) Your former name, if any(**)
/ / から / / まで				
/ / から / / まで				
/ / から / / まで				
/ / 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留意ください。

(\*)

- 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 (Seaman'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 your former name in this column, if your former name is different from your current name by marriage or other reason.

- If you have right of permanent residence in Japan or Japanese nationality, please note it that you have the 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 your passport.

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。 Have you ever been a Type-4 Insured Person under the Employees' Pension Insurance or a Voluntary and Continuous Insured Person under the Seamen's Insurance?	<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
	至 / To	月 / M
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 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 you receive disability benefits of the National Pension, Employees' pension or Mutual Aid Pension and was covered voluntarily under the National Pension, did you receive a special lump-sum payment?	<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。 Have you been in Okinawa between 1 April, 1961 and 14 May, 1972?	<input type="checkbox"/> はい / Yes	<input type="checkbox"/> いいえ / No
雇用保険に加入したことがありますか。 Have you ever been covered under the Japanese Employment Insurance?	<input type="checkbox"/> はい / Yes	<input type="checkbox"/> いいえ / No

7. 障害を支給事由とする年金に関する情報 / Information for a claim for disability benefits

1	請求の区分 Type of Claim	<input type="checkbox"/> ①障害認定日による請求 Claim for benefits due to onset of disability while contributing	<input type="checkbox"/> ②事後重症による請求 Claim for benefits due to advanced degree of disability
		<input type="checkbox"/> ③初めて障害等級の1級または2級に該当したことによる請求 Claim for benefits due to the fact that the disability is considered as the first grade or the second grade of the Disability Grade for the first time.	
	②の場合、右欄の該当する番号を○で囲んでください。 If ② above applies, please circle the applicable number in the right column	1. 初診日から1年6月目の状態で請求した結果、不支給となった。 I claimed based on the situation one year and six months later from the day of the first medical examination, but it was not approved. 2. 初診日から1年6月目の症状は軽かったが、その後悪化して症状が重くなった。 The symptom was less severe at the time of one year and six months later from the day of the first medical examination, but it turned worse afterwards and symptom became severer. 3. その他 (理由) Others (Reasons: )	
2	過去に日本国の公的年金の障害を支給事由とする年金を受給しましたか。 Have you ever received a Japanese public pension for disability?	<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No	
	年金の名称 / Name of Pension		
	年金コード又は年金証書の記号番号 Pension Code or Number on Pension Certificate		
3	傷病について / About the disease/injury		
	①傷病名 / Name of Disease/Injury		
	②傷病の発生した日 / Date of Onset	年 / Y	月 / M
	③初診日 Date of the first medical examination	年 / Y	月 / M

④初診日において加入していた公的年金制度 Public pension system which you were covered by on the date of the first medical examination	<input type="checkbox"/> 国民年金 / National Pension <input type="checkbox"/> 厚生年金保険 / Employees' Pension Insurance <input type="checkbox"/> 厚生年金保険(共済組合) / Employees' Pension Insurance (Mutual Aid Association) <input type="checkbox"/> フィリピン年金制度 / Pension system of the Philippines						
⑤症状が固定して治療の効果が期待できない場合は固定した日 Date when the state of the disease/injury became stable and no further recovery by medical treatment is expected	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">年 / Y</td> <td style="text-align: center;">月 / M</td> <td style="text-align: center;">日 / D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">     </td> <td style="text-align: center;">   </td> <td style="text-align: center;">   </td> </tr> </table>	年 / Y	月 / M	日 / D			
年 / Y	月 / M	日 / D					
⑥傷病の原因は職務上ですか。 Was the disease/injury caused by work?	<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No						
⑦この傷病により右の制度から保険給付を受けられる又は請求中ですか。 For this disease/injury, are you eligible or claiming for benefits under any of the systems listed on the right?	<input type="checkbox"/> 労働基準法 / Labour Standards Law <input type="checkbox"/> 船員保険法 / Seamen's Insurance Law <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法 / Workers' Accident Compensation Insurance Law <input type="checkbox"/> 国家公務員災害補償法 / National Government Employees' Accident Compensation Insurance Law <input type="checkbox"/> 地方公務員災害補償法 / Local Government Employees' Accident Compensation Insurance Law <input type="checkbox"/> 公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する法律 / Occupational Accident Compensation Law for Public School Physicians, Dentists, and Pharmacists						
⑧ ⑦の制度から受けられるときはその種類 Type of benefits if you are eligible for benefits from the system listed in ⑦	<input type="checkbox"/> 障害保障給付 (障害給付 / Disability Compensation Benefit (Disability Benefit)) <input type="checkbox"/> 傷病補償給付 (傷病年金 / Invalidity Compensation Benefit (Invalidity Benefit))						
支給の発生した日 Date of Entitlement	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">年 / Y</td> <td style="text-align: center;">月 / M</td> <td style="text-align: center;">日 / D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">     </td> <td style="text-align: center;">   </td> <td style="text-align: center;">   </td> </tr> </table>	年 / Y	月 / M	日 / D			
年 / Y	月 / M	日 / D					
⑨傷病の原因は第三者行為によりますか。 Was the disease/injury caused by a third party?	<input type="checkbox"/> はい / Yes <input type="checkbox"/> いいえ / No						

8. 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およ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 the information and documents which relate or could relate to this claim for benefits.

申請者の署名:

Signature of claimant: \_\_\_\_\_