

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/JP4 フ→日

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

保険期間確認請求書

Claim for Verifying Periods of Coverage

※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.

日本の照会番号 Japanese reference number

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

フィリピン実施機関記入欄 Used by the competent institution of the Philippines.
受付日が入ったスタンプ Date-stamp received at the competent institution of the Philippines

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

請求書作成事由 / Reason for the claim

フィリピンの年金申請時に日本国期間が判明したことによる。(協定第20条) 日本の実施機関がフィリピンの実施機関へ当該情報を提供することに同意します。/
Japanese periods of coverage were found upon filing a claim for the Philippine benefit. (Article 20 of the Agreement) I authorize the Japanese competent institution to furnish them to the competent institution of the Philippines.

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。) / Other than above (Specify)

1. 被保険者に関する情報 / Insured 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生年月日 Date of Birth	年 / Y	月 / M	日 / D	④性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 / Male	⑤電話番号 (国番号、エリアコードを含む) Telephone number including country and area code	
					<input type="checkbox"/> 女 / Female		
⑥住所 Address	□-マ字 / in Roman letters						
	カタカナ / in Katakana letters						

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生年月日 Date of Birth	年 / Y	月 / M	日 / D	④性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 / Male	⑤電話番号 (国番号、エリアコードを含む) Telephone number including country and area code	
					<input type="checkbox"/> 女 / Female		

⑥ 住所 Address	ローマ字 / in Roman letters	⑦被保険者との続柄 Relationship to the Insured person	
	カタカナ / in Katakana letters		

3. 日本の年金制度の保険期間加入に関する情報 / Periods of coverage under the 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 the insured person's detailed history of coverage under the Japanese public pension systems as accurately as possible.

加入期間 (年/月/日) Period 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 the insured 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 workplace or ship owner, or address when the insured was enrolled in the National Pension	加入していた年金制度等 (注1) Pension system under which the insured was covered (*)	加入していた当時の氏名 (注2) Insured'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				
/ / 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。

(*)

- Fill in the number as follows: "1" for National Pension, "2" for Employees' Pension Insurance (except Seamen'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 you/he/she belonged.

(**)

- Please fill in the Insured person's former name in this column, if the insured's former name is different from current name by marriage or other reason.

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: _____