

社会保障に関する日本国とスロバキア共和国との間の協定

ZMLUVA MEDZI JAPONSKOMA SLOVENSKOU REPUBLIKOU O SOCIÁLNO M ZABEZPEČENÍ

JP/SK202

スロバキア→日

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)

スロバキア実施機関記入欄
Formulár používa príslušná
inštitúcia Slovenskej republiky

Žiadosť o národný dôchodok / Dôchodkové poistenie zamestnancov (Starobný/Invalidný dôchodok)

(Taktiež žiadosť o dôchodok z poistenia zamestnancov
Asociácie vzájomnej pomoci)

日本の照会番号 Japonské referenčné číslo

※日本保険者により記入される欄
Vypĺňajú japonské styčné
inštitúcie

受付日が入ったスタンプ
Dátum-pečiatka prijatá v príslušnej
inštitúcii Slovenskej republiky

※この請求書は、スロバキアの実施機関の窓口提出用です。
Tento formulár žiadosti sa predkladá len príslušnej inštitúcii Slovenskej republiky.

日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Japonské základné dôchodkové číslo alebo číslo dôchodkovej príručky

スロバキアにおける個人識別番号 Identifikačné číslo poistenca v Slovenskej republike (rodné číslo)

申請のあった給付の種類 / Typy žiadaných dávok

<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金 / Starobný dôchodok	<input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金 / Invalidný dôchodok
---	--

1. 申請者に関する情報 / Žiadateľ

①氏 Priezvisko	ローマ字 / Latinkou		②名 Meno	ローマ字 / Latinkou		
	カタカナ / písmom Katakana	漢字 / písmom Kanji		カタカナ / písmom Katakana	漢字 / písmom Kanji	
②性別 Pohlavie	<input type="checkbox"/> 男 / Muž <input type="checkbox"/> 女 / Žena		④生年月日 Dátum narodenia	年 / R	月 / M	日 / D
⑤住所 Adresa	ローマ字 / Latinkou					
	カタカナ / písmom Katakana					
⑥電話番号 (国番号、エリアコードを含む) Telefónne číslo spolu s kódom krajiny a oblasti						

2. 配偶者に関する情報 / Manžel/ka žiadateľa

①氏 Priezvisko	ローマ字 / Latinkou		②名 Meno	ローマ字 / Latinkou		
	カタカナ / písmom Katakana	漢字 / písmom Kanji		カタカナ / písmom Katakana	漢字 / písmom Kanji	
③性別 Pohlavie	<input type="checkbox"/> 男 / Muž <input type="checkbox"/> 女 / Žena		④生年月日 Dátum narodenia	年 / R	月 / M	日 / D
⑤基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Japonské základné dôchodkové číslo alebo číslo dôchodkovej príručky						
⑥年収が850万円未満ですか Ročný príjem menej ako 8,5 miliónov jenov?						
				<input type="checkbox"/> はい / Áno	<input type="checkbox"/> いいえ / Nie	

3. 子に関する情報 / Dieťa/deti žiadateľa

1	①氏 Priezvisko	ローマ字 / Latinkou カタカナ / pismom Katakana	漢字 / pismom Kanji	②名 Meno	ローマ字 / Latinkou カタカナ / pismom Katakana	漢字 / pismom Kanji
	③性別 Pohlavie	<input type="checkbox"/> 男 / Muž <input type="checkbox"/> 女 / Žena		④生年月日 Dátum narodenia	年 / R	月 / M 日 / D
	⑤障害の状態にありますか / Invalidné dieťa?	<input type="checkbox"/> はい / Áno <input type="checkbox"/> いいえ / Nie				
	⑥年収が850万円未満ですか Ročný príjem menej ako 8,5 miliónov jenov?	<input type="checkbox"/> はい / Áno <input type="checkbox"/> いいえ / Nie				
	①氏 Priezvisko	ローマ字 / Latinkou カタカナ / pismom Katakana	漢字 / pismom Kanji	②名 Meno	ローマ字 / Latinkou カタカナ / pismom Katakana	漢字 / pismom Kanji
③性別 Pohlavie	<input type="checkbox"/> 男 / Muž <input type="checkbox"/> 女 / Žena		④生年月日 Dátum narodenia	年 / R	月 / M 日 / D	
⑤障害の状態にありますか / Invalidné dieťa?	<input type="checkbox"/> はい / Áno <input type="checkbox"/> いいえ / Nie					
⑥年収が850万円未満ですか Ročný príjem menej ako 8,5 miliónov jenov?	<input type="checkbox"/> はい / Áno <input type="checkbox"/> いいえ / Nie					

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。/V prípade, že žiadateľ má iné deti, poskytnite o nich informácie týkajúce sa tejto sekcie na osobitnom hárku papiera, ktorý je potrebné predložiť spolu s touto žiadosťou.

4. 支払金融機関に関する情報 / Finančná inštitúcia, kde budú posielané dávky

①銀行の名前 Názov banky	③口座番号 Číslo účtu
②本店又は支店名 Ústredie alebo meno pobočky	④銀行の住所 Adresa banky
<input type="checkbox"/> 本店 / ústredie/centrála	ローマ字 / Latinkou
<input type="checkbox"/> _____ 支店 pobočka	カタカナ / pismom Katakana
⑤スロバキアにある銀行への送金を希望する場合は、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。 Ak uprednostňujete úhradu do banky v Slovenskej republike, vyplňte, prosím, SWIFT kód (8 alebo 11 čísiel)	
⑥スロバキアにある銀行への送金を希望する場合は、その銀行に関するIBANコード（最大34桁の英数字）を記入して下さい。 Ak uprednostňujete úhradu do banky v Slovenskej republike, vyplňte, prosím IBAN kód (do 34 čísiel)	

5. 現在、受給している日本国の公的年金に関する情報 / Japonský zákonný dôchodok, ktorý poberá žiadateľ

1	申請者が既に日本国の公的年金を受給または現在請求中ですか。 Poberá žiadateľ japonský zákonný dôchodok alebo oň požiadal?		<input type="checkbox"/> はい / Áno <input type="checkbox"/> いいえ / Nie			
	①制度名 Názov systému	③支給を受けること なった年月日 Dátum nároku	年 / R	月 / M	日 / D	
	②年金の種類 Typ dôchodku	<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金/Starobný <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金/Invalidný <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金/Pozostalostný				
	④年金コード又は年金証書の記号番号 Kód dôchodku alebo číslo dôchodkového potvrdenia					
2	配偶者が既に日本国の公的年金を受給または現在請求中ですか。 Poberá manžel/ka žiadateľa japonský zákonný dôchodok alebo oň v súčasnosti žiada?		<input type="checkbox"/> はい / Áno <input type="checkbox"/> いいえ / Nie			
	①制度名 Názov systému	③支給を受けること なった年月日 Dátum nároku	年 / R	月 / M	日 / D	
	②年金の種類 Typ dôchodku	<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金/Starobný <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金/Invalidný <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金/Pozostalostný				
	④年金コード又は年金証書の記号番号 Kód dôchodku alebo číslo dôchodkového potvrdenia					

6. 日本の保険加入期間に関する情報 / História dôb poistenia podľa japonských verejných dôchodkových systémov

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。

Vypĺňte čo najpresnejšie Vašu podrobnú históriu poistenia podľa japonských verejných dôchodkových systémov.

加入期間 (年/月/日) Doba poistenia Od R/M/D Do R/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 Názov pracoviska alebo majiteľa lode, v prípade, že ste boli člen posádky na palube lode(*)	事業所(船舶所有者)の所在地又は国民年金加入時の住所 Adresa pracoviska alebo majiteľa lode, alebo Vaša adresa pri registrácii do národného dôchodku(*)	加入していた年金制度等 Dôchodkový systém, v ktorom ste boli poistený (**)	加入していた当時の氏名 Vaše predchádzajúce meno, ak máte(***)
/ / から / / まで				
/ / から / / まで				
/ / から / / まで				
/ / から / / まで				
/ / から / / まで				

(*) 事業所の名称及び所在地を日本語以外で記入する場合、可能な限り勤務先で発行された書類や名刺等の写しを添付して下さい。

(**) 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。

(***) 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) 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。

- Ak vyplňate meno zamestnávateľa alebo jeho adresu v inom ako japonskom jazyku, priložte, prosím, v potrebnom rozsahu, kópiu dokumentu vystaveného týmto zamestnávateľom alebo jeho vizitku.

(**) Vypĺňte čísla nasledovne: "1" Národný dôchodok, "2" Dôchodkové poistenie zamestnancov (okrem poistenia námorníkov a Asociácie vzájomnej pomoci), "3" Dôchodkové poistenie zamestnancov (nájomníci) "4" Dôchodkové poistenie zamestnancov (Asociácia vzájomnej pomoci).
 - Keď vyplňate v bode "4" Dôchodkové poistenie zamestnancov (Asociácia vzájomnej pomoci), napíšte, prosím, názov Asociácie vzájomnej pomoci, do ktorej patrila.

(***) Vypĺňte, prosím, svoje predchádzajúce meno v tejto kolónke, ak sa líši od vášho súčasného sobášneho mena alebo z iného dôvodu.

Poznámka:
 - Ak máte právo na trvalý pobyt v Japonsku alebo japonskú národnosť, všimnite si, prosím, že máte možnosť mať dobu poistenia podľa japonskej legislatívy autorizovanú, keď priložíte kópiu potvrdenia týkajúceho sa nadobudnutia práva na trvalý pobyt v Japonsku alebo japonskú národnosť alebo kópiu Vášho pasu.

(*)

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。 Boli ste niekedy poistencom Typu-4 dôchodkového poistenia zamestnancov alebo dobrovoľným a pokračujúcim poistencom poistenia námorníkov?	<input type="checkbox"/> はい / Áno <input type="checkbox"/> いいえ / Nie			
①保険者の整理記号番号 Referenčné číslo kódu poistenca				
②保険料を納めた期間 Doby, počas ktorých boli platené príspevky poistenia	自 / Od	年 / R	月 / M	日 / D
	至 / Do			
③保険料を納めた年金事務所名 (社会保険事務所名) Názov pobočky Japonskej dôchodkovej služby (Úrad sociálneho poistenia), kde boli platené príspevky poistenia				
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。 Ak poberáte invalidné dávky zo systému Národný dôchodok, Dôchodok zamestnancov alebo Dôchodok vzájomnej pomoci a boli ste poistený dobrovoľne v systéme Národný dôchodok, dostali ste jednorazovú platbu?	<input type="checkbox"/> はい / Áno <input type="checkbox"/> いいえ / Nie			
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。 Boli ste v Okinawe medzi 1. aprílom 1961 a 14. májom 1972?	<input type="checkbox"/> はい / Áno <input type="checkbox"/> いいえ / Nie			

雇用保険に加入したことがありますか。 Boli ste niekedy poistený v systéme Japonského poistenia zamestnania?	<input type="checkbox"/> はい / Áno	<input type="checkbox"/> いいえ / Nie
---	-----------------------------------	------------------------------------

7. 障害を支給事由とする年金に関する情報 / Informácie k žiadosti o invalidné dávky

請求の区分 Typ žiadosti	<input type="checkbox"/> ①障害認定日による請求 Žiadosť o dávky z dôvodu začiatku invalidity počas prispievania		<input type="checkbox"/> ②事後重症による請求 Žiadosť o dávky z dôvodu pokročilého stupňa invalidity		
	<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 Žiadosť o dávky z dôvodu skutočnosti, že invalidita sa považuje za prvostupňovú alebo druhostupňovú podľa Stupnice invalidity po prvý krát.				
1	②場合、右欄の該当する番号を○で囲んでください。 Ak sa uplatňuje ② hore uvedené, zakrúžkujte, prosím uplatniteľné číslo v pravej kolónke		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。 Požiadal som na základe situácie jeden a pol roka odo dňa prvého lekárskeho vyšetrenia, ale žiadosť nebola schválená. 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。 Príznaky boli menej vážne po jeden rok a pol roka odo dňa prvého lekárskeho vyšetrenia, ale potom sa to zhoršilo a príznaky boli bolestivejšie. 3. その他 (理由) / Iné (Dôvody) ()		
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。 Poberali ste niekedy japonský zákonný dôchodok z dôvodu invalidity?		<input type="checkbox"/> はい / Áno <input type="checkbox"/> いいえ / Nie		
	年金の名称 / Název dôchodku		年金コード又は年金証書の記号番号 Kód dôchodku alebo číslo dôchodkového potvrdenia		
3	傷病について / Informácie o chorobe/zranení				
	①傷病名 / Název choroby/zranenia				
	②傷病の発生した日 / Dátum začiatku		年 / R	月 / M	日 / D
	③初診日 Dátum prvého lekárskeho vyšetrenia		年 / R	月 / M	日 / D
	④初診日において加入していた公的年金制度 Zákonný dôchodkový systém, v ktorom ste boli poistený v deň prvého lekárskeho vyšetrenia	<input type="checkbox"/> 国民年金 / Národný dôchodok <input type="checkbox"/> 厚生年金保険 / Dôchodkové poistenie zamestnancov <input type="checkbox"/> 厚生年金保険(共済組合) / Dôchodkové poistenie zamestnancov (Asociácia vzájomnej pomoci) <input type="checkbox"/> スロバキア年金制度 / Dôchodkový systém Slovenskej republiky			
	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 Dátum, od ktorého sa stav choroby/zranenia stabilizoval a neočakáva sa ďalšie zlepšenie pomocou lekárskeho ošetrovania		年 / R	月 / M	日 / D
	⑥傷病の原因は職務上ですか。 Bola choroba/zranenie zapríčinená prácou?	<input type="checkbox"/> はい / Áno <input type="checkbox"/> いいえ / Nie			
	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。 Z dôvodu tejto choroby/zranenia, máte nárok alebo žiadate o dávky z iných systémov uvedených vpravo?	<input type="checkbox"/> 労働基準法/Закон о трудовых стандартах <input type="checkbox"/> 船員保険法/Закон о поистені námоміков <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法 / Закон о поистені в ріпуде одшкоднення трудових ұразов работников <input type="checkbox"/> 国家公務員災害補償法 / Закон о поистені в ріпуде одшкоднення трудових ұразов нáродных влáдных зaмestнaнцoв <input type="checkbox"/> 地方公務員災害補償法 / Закон о поистені в ріпуде одшкоднення трудових ұразов мiestных влáдных зaмestнaнцoв <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 / Закон о одшкоднені трудових ұразов пpe лeкáров вepежных шкoл, зубáров a фaрмaцeутов			
⑧ ⑦の制度から受けられるときはその種類 Типы дáвoк, ак мáте нáрок нa дáвкы зo систéму введeннoгo в бoдe ⑦	<input type="checkbox"/> 障害保障給付 (障害給付) / Дáвкa одшкоднення в invalidитe (Invalidнá дáвкa) <input type="checkbox"/> 傷病補償給付 (傷病年金) / Дáвкa одшкоднення в invalidитe (Invalidнá дáвкa)				
支給の発生した日 Dátum nároku		年 / R	月 / M	日 / D	

	⑨傷病の原因は第三者行為によりますか。 Bola choroba/zranenie zapríčinené treťou stranou?	<input type="checkbox"/> はい / Áno <input type="checkbox"/> いいえ / Nie
--	--	--

8. 署名 / Prehlásenie žiadateľa

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。私はスロバキア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。

Prehlasujem, že informácie, ktoré som uviedol sú pravdivé a úplné. Oprávňujem príslušnú inštitúciu Slovenskej republiky na zaslanie všetkých informácií a dokumentov, ktoré súvisia alebo by mohli súvisieť s touto žiadosťou na dávky japonským príslušným inštitúciám.

申請者の署名

Podpis žiadateľa _____