

社会保障に関する日本国とイタリア共和国との間の協定

IT/JPN 1 伊→日

ACCORDO DI SICUREZZA SOCIALE TRA IL GIAPPONE E LA REPUBBLICA ITALIANA

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)

Domanda di Pensione a carico del Regime Pensionistico Nazionale  
Giapponese/ Regime di Sicurezza sociale dei lavoratori dipendenti

(Per la Pensione di Vecchiaia/Invalidità)

(Valida anche come domanda per gli iscritti ai Regimi Pensionistici delle  
"Associazioni di Mutuo Soccorso")

イタリア共和国実施機関記入欄  
Riservato all'istituzione italiana  
competente.

日本の照会番号 Numero di riferimento giapponese

受付日が入ったスタンプ  
Timbro e data di ricezione

※この請求書は、イタリア共和国の実施機関(INPS/INPGI)の窓口提出用です。  
Questo formulario di domanda deve essere presentato all'istituzione italiana  
competente (INPS/INPGI)

※日本側連絡機関により記入される欄  
Riservato alle agenzie di  
collegamento giapponesi

日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Numero di iscrizione al Regime Pensionistico di base giapponese o Numero del Libretto di Pensione

申請のあった給付の種類 / Tipo di prestazione richiesta

老齢を支給事由とする年金 / Vecchiaia

障害を支給事由とする年金 / Invalidità

1. 申請者に関する情報 / Dati relativi al richiedente

①氏 Cognome	ローマ字 / in caratteri alfabetici		②名 Nome	ローマ字 / in caratteri alfabetici		
	カタカナ / in Katakana	漢字 / in Kanji		カタカナ / in Katakana	漢字 / in Kanji	
③性別 Sesso	<input type="checkbox"/> 男 / Maschile <input type="checkbox"/> 女 / Femminile		④生年月日 Data di nascita	年 / Anno	月 / Mese	日 / Giorno
⑤住所 Indirizzo	ローマ字 / in caratteri alfabetici					
	カタカナ / in Katakana					
⑥電話番号 (国番号、エリアコードを含む) Numero di telefono (completo di prefisso internazionale e locale)						

2. 配偶者に関する情報 / Coniuge del richiedente

①氏 Cognome	ローマ字 / in caratteri alfabetici		②名 Nome	ローマ字 / in caratteri alfabetici		
	カタカナ / in Katakana	漢字 / in Kanji		カタカナ / in Katakana	漢字 / in Kanji	
③性別 Sesso	<input type="checkbox"/> 男 / Maschile <input type="checkbox"/> 女 / Femminile		④生年月日 Data di nascita	年 / Anno	月 / Mese	日 / Giorno
⑤基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Numero di iscrizione al Regime Pensionistico di base giapponese o Numero del Libretto di Pensione						
⑥年収が850万円未満ですか Il Reddito annuo è inferiore a 8,5 milioni di yen				<input type="checkbox"/> はい / Si	<input type="checkbox"/> いいえ / No	

DOMANDA DI PENSIONE DI VECCHIA/INVALIDITA' A CARICO DELL'ASSICURAZIONE GIAPPONESE

3. 子に関する情報 / Figli del richiedente							
1	①氏 Cognome	ローマ字 / in caratteri alfabetici		②名 Nome	ローマ字 / in caratteri alfabetici		
		カタカナ / in Katakana	漢字 / in Kanji		カタカナ / in Katakana	漢字 / in Kanji	
1	③性別 Sesso	<input type="checkbox"/> 男 / Maschile <input type="checkbox"/> 女 / Femminile		④生年月日 Data di nascita	年 / Anno	月 / Mese	日 / Giorno
⑤障害の状態にありますか / Inabile				<input type="checkbox"/> はい / Si <input type="checkbox"/> いいえ / No			
⑥年収が850万円未満ですか Il Reddito annuo è inferiore a 8,5 milioni di yen?				<input type="checkbox"/> はい / Si <input type="checkbox"/> いいえ / No			
2	①氏 Cognome	ローマ字 / in caratteri alfabetici		②名 Nome	ローマ字 / in caratteri alfabetici		
		カタカナ / in Katakana	漢字 / in Kanji		カタカナ / in Katakana	漢字 / in Kanji	
2	③性別 Sesso	<input type="checkbox"/> 男 / Maschile <input type="checkbox"/> 女 / Femminile		④生年月日 Data di nascita	年 / Anno	月 / Mese	日 / Giorno
⑤障害の状態にありますか / Inabile				<input type="checkbox"/> はい / Si <input type="checkbox"/> いいえ / No			
⑥年収が850万円未満ですか Il Reddito annuo è inferiore a 8,5 milioni di yen				<input type="checkbox"/> はい / Si <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

Se il numero di figli è pari o superiore a 3, si prega di fornire le relative informazioni su un foglio aggiuntivo e di allegarlo al presente modulo di domanda.

4. 年金の支払に関する情報(給付の支払われる金融機関に関するデータ) / INFORMAZIONI PER L'ACCREDITO DELLA PENSIONE (Dati relativi all'Istituto di credito presso il quale accreditare le prestazioni)			
①銀行の名前 Nome della Banca			③口座番号 Numero di conto corrente
②本店又は支店名 Sede Centrale o Nome dell'Agenzia	<input type="checkbox"/> 本店 / Sede Centrale	④銀行の住所 Indirizzo della Banca	ローマ字 / In caratteri alabetici
	<input type="checkbox"/> _____ 支店 Agenzia		カタカナ / in Katakana
⑤イタリアの銀行への送金を希望する場合、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。 Se si desidera l'accredito presso una banca italiana, si prega di indicare il codice SWIFT della Banca (8 o 11 cifre).			
⑥イタリアの銀行への送金を希望する場合、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。 Se si desidera l'accredito presso una banca italiana, indicare il codice IBAN del conto corrente aperto presso la Banca (fino a 34 cifre).*			

\* イタリアの当座預金口座に送金を希望する場合、IBANコードの記入が必須となりますので御注意下さい。

Il codice IBAN deve essere indicato obbligatoriamente per consentire l'accredito della pensione su conto corrente in una Banca italiana

DOMANDA DI PENSIONE DI VECCHIA/INVALIDITA' A CARICO DELL'ASSICURAZIONE GIAPPONESE

5. 現在、受給している日本国の公的年金に関する情報 / Informazioni sulle Pensioni Giapponesi di cui il richiedente è già beneficiario

申請者は既に日本国の公的年金を受給していますか。 Il richiedente è già beneficiario di una pensione giapponese?		<input type="checkbox"/> はい / Sì <input type="checkbox"/> いいえ / No			
1	①制度名 Nome del Regime pensionistico	③支給を受けることとなった年月日 Data di decorrenza	年 / Anno	月 / Mese	日 / Giorno
	②年金の種類 Tipo di Pensione	<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金 / vecchiaia <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金 / Invalidità <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金 / Superstiti			
④年金コード又は年金証書の記号番号 Numero identificativo della Pensione o Numero del Certificato di Pensione					
配偶者は既に日本国の公的年金を受給していますか。 Il coniuge del richiedente è beneficiario di una pensione giapponese?		<input type="checkbox"/> はい / Sì <input type="checkbox"/> いいえ / No			
2	①制度名 Nome del Regime pensionistico	③支給を受けることとなった年月日 Data di decorrenza	年 / Anno	月 / Mese	日 / Giorno
	②年金の種類 Tipo di pensione	<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金 / vecchiaia <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金 / Invalidità <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金 / Superstiti			
④年金コード又は年金証書の記号番号 Numero identificativo della Pensione o Numero del Certificato di Pensione					

6. 日本の保険加入期間に関する情報 / Periodi di copertura assicurativa maturati in base alla legislazione di sicurezza

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。

Compilare dettagliatamente riportando i periodi di copertura assicurativa maturati nei regimi pensionistici giapponesi

加入期間 (年/月/日) Periodi di assicurazione Dal aa/mm/gg Al aa/mm/gg	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 / Denominazione del luogo di lavoro (o armatore della nave) ovvero Nome della nave in caso di marittimi	事業所 (船舶所有者) の所在地又は国民 年金加入時の住所 / Indirizzo del luogo di lavoro (o dell'armatore della nave) ovvero indirizzo personale, al momento dell'iscrizione al Regime Pensionistico Nazionale giapponese	加入していた年金制度等 (注1) Regime pensionistico presso il quale l'assicurato(*) è stato iscritto	加入していた当時の氏名 (注2) Cognome alla nascita, se variato (**)
/ / 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				

DOMANDA DI PENSIONE DI VECCHIA/INVALIDITA' A CARICO DELL'ASSICURAZIONE GIAPPONESE

- (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注意ください。
- (\*)
- Inserire i seguenti numeri : "1" per il Regime Pensionistico Nazionale giapponese; "2" per il Fondo dei Lavoratori Dipendenti (ad eccezione del Fondo per i Marittimi e dei Regimi Pensionistici di mutuo soccorso) ; "3" per il Fondo Previdenziale dei Marittimi e "4" per il Regime Previdenziale dei Dipendenti Pubblici ("Associazione di Mutuo Soccorso" )
  - Se è stato selezionato il numero "4" - Regime Previdenziale dei Dipendenti Pubblici (Associazione di Mutuo Soccorso),- si prega di indicare il nome dell' Associazione di Mutuo Soccorso" presso la quale l'assicurato è stato iscritto.
- (\*\*)
- Inserire in questo campo il cognome alla nascita, se diverso dall'attuale, acquisito con il matrimonio o altro.
- (\*\*\*)
- In base alla legislazione giapponese, a coloro i quali erano in possesso del permesso di soggiorno permanente in Giappone o avevano ottenuto la nazionalità giapponese potrà essere riconosciuto un corrispondente periodo di copertura assicurativa allegando un certificato di residenza permanente o di acquisizione del permesso di soggiorno o della nazionalità giapponese, quest'ultimo accompagnato da una copia del passaporto.

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。 Se rientra nella condizione descritta al punto "4", cioè assicurato presso il Regime di Sicurezza sociale dei Lavoratori Dipendenti, indicare se è stato assicurato presso il Fondo di previdenza dei marittimi	<input type="checkbox"/> はい / Si <input type="checkbox"/> いいえ / No			
① 被保険者の整理記号番号 Numero d'identificazione della persona assicurata				
② 保険料を納めた期間 Periodo di copertura assicurativa	自 / Dal	年 / Anno	月 / Mese	日 / Giorno
	至 / Al			
③ 保険料を納めた年金事務所名 (社会保険事務所名) Denominazione dell'Istituto di Previdenza Sociale (Nome dell'Ufficio Regionale di Previdenza Sociale) al quale sono stati versati i contributi				
④ 次の項目に該当しますか。 / Si prega di rispondere alle seguenti domande:				
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。 Ha beneficiato di indennità forfetarie speciali per invalidità erogate in base al Regime Pensionistico Nazionale giapponese, al Regime di Sicurezza Sociale dei Lavoratori Dipendenti o ai Regimi Previdenziali dell'"Assicurazione di mutuo soccorso"?	<input type="checkbox"/> はい / Si <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。 Ha dei periodi di residenza ad Okinawa tra il 1° aprile 1961 e il 14 maggio 1972?	<input type="checkbox"/> はい / Si <input type="checkbox"/> いいえ / No			
雇用保険に加入したことがありますか。 È mai stato/a coperto/a dall'assicurazione contro la disoccupazione in base alla legislazione giapponese ?	<input type="checkbox"/> はい / Si <input type="checkbox"/> いいえ / No			

DOMANDA DI PENSIONE DI VECCHIA/INVALIDITA' A CARICO DELL'ASSICURAZIONE GIAPPONESE

7. 障害を支給事由とする年金に関する情報 / Informazioni relative alla domanda di prestazioni di invalidità

1	請求の区分 Tipologia di domanda	<input type="checkbox"/> ①障害認定日による請求 Domanda di prestazione di invalidità in costanza di <u>rapporto di lavoro</u>		<input type="checkbox"/> ②事後重症による請求 Domanda di prestazioni per aggravamento dell'invalidità		
		<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 Domanda di prestazione in relazione ad un'invalidità riconosciuta di 1° o 2° grado				
	②の場合、右欄の該当する番号を○で囲んでください。 Se è stato selezionato il punto ②, si prega di cerchiare il numero corrispondente alla propria situazione nella colonna di destra.		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。 Sono decorsi un anno e sei mesi dalla data della prima visita medica in relazione alla quale non era stata riconosciuta una prestazione d'invalidità.			
			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。 Ad un anno e sei mesi dalla data della prima visita medica, vi è stato un aggravamento della malattia. E' stata quindi presentata domanda per aggravamento dell'invalidità.			
			3. その他 (理由 ) Altro (Specificare le motivazioni )			
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。 Ha mai percepito una pensione di invalidità giapponese?		<input type="checkbox"/> はい / Si		<input type="checkbox"/> いいえ / No	
	年金の名称 / Tipologia di Pensione					
	年金コード又は年金証書の記号番号 Numero di Pensione o Numero del Certificato di Pensione					
3	傷病について / Informazioni relative alla malattia o all'infortunio					
	①傷病名 Nome della malattia o dell'infortunio					
	②傷病の発生した日 / Data di insorgenza			年 / Anno		月 / Mese
	③初診日 / Data del primo referto medico			年 / Anno		月 / Mese
	④初診日において加入していた公的年金制度 Regime pensionistico di assicurazione alla data della prima perizia medica	<input type="checkbox"/> 国民年金 / Regime Pensionistico Nazionale giapponese <input type="checkbox"/> 厚生年金保険 / Fondo dei lavoratori dipendenti <input type="checkbox"/> 厚生年金保険 (共済組合) / Regimi di Assicurazione di previdenza sociale (Regimi di "Assicurazione di mutuo soccorso")				
	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 Data in cui la malattia o l'infortunio è divenuto permanente.			年 / Anno		月 / Mese
	⑥傷病の原因は職務上ですか。 La malattia/l'infortunio è dipesa/o da una causa di servizio?	<input type="checkbox"/> はい / Si		<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。 In relazione a questa malattia/infortunio è già beneficiario di prestazioni erogate in base ad uno dei regimi assicurativi elencati qui a destra?	<input type="checkbox"/> 労働基準法 / Legislazione sugli Standard Lavorativi <input type="checkbox"/> 船員保険法 / Legislazione di sicurezza sociale dei marittimi <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法 / Legislazione di sicurezza sociale contro gli infortuni sul lavoro <input type="checkbox"/> 国家公務員災害補償法 / Legislazione di sicurezza sociale contro gli infortuni sul lavoro per i dipendenti pubblici <input type="checkbox"/> 地方公務員災害補償法 / Legislazione di sicurezza sociale contro gli infortuni sul lavoro per i dipendenti degli Enti locali <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 / Legislazione di sicurezza sociale contro gli infortuni per i medici, i dentisti e i farmacisti in servizio presso le Scuole pubbliche				
	⑧⑦の制度から受けられるときはその種類 Indennità erogate in base ai Regimi Pensionistici di cui al punto ⑦	<input type="checkbox"/> 障害保障給付 (障害給付) / Assegno d'invalidità <input type="checkbox"/> 傷病補償給付 (傷病年金) / Assegno per infortuni				
	支給の発生した日 Data di decorrenza dell'assegno			年 / Anno		月 / Mese
⑨傷病の原因は第三者行為によりますか。 La malattia/l'infortunio è stata/o causata/o da terzi?	<input type="checkbox"/> はい / Si		<input type="checkbox"/> いいえ / No			

8. 署名 / Dichiarazione del richiedente

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。私はイタリア共和国の実施機関が有する本給付申請に関わるまたは関わる可能性のある情報および書類を同機関が日本の実施機関に提供することを認めます。

Io, sottoscritto, dichiaro sotto la mia personale responsabilità che le informazioni contenute nel presente modello di domanda sono complete e veritiere. Autorizzo, inoltre, l'istituzione competente in Italia a fornire alle istituzioni competenti in Giappone tutte le informazioni e i documenti necessari, inerenti alla presente domanda di prestazione pensionistica.

申請者の署名

Firma del richiedente : \_\_\_\_\_