



DOMANDA DI PENSIONE AI SUPERSTITI 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	
	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 / Sì <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 / Sì <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	
	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 / Sì <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 / Sì <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 la pensione)			
①銀行の名前 Nome della Banca			③口座番号 Numero di conto
②本店又は支店名 Sede Centrale o Nome dell'Agenzia	<input type="checkbox"/> 本店 / Sede Centrale		ローマ字 / In caratteri alfabetici
	<input type="checkbox"/> _____ 支店 Agenzia		カタカナ / in Katakana
④銀行の住所 Indirizzo della Banca			
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 AI SUPERSTITI A CARICO DELL'ASSICURAZIONE GIAPPONESE

5. 申請者が現在受給している日本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. 死亡者の日本の保険加入期間に関する情報 / Periodi di copertura assicurativa maturati dall'assicurato/pensionato deceduto in base alla legislazione di sicurezza sociale giapponese

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) の名称及び船名 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) Sistema 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 del dante causa, 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				

(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。

**DOMANDA DI PENSIONE AI SUPERSTITI A CARICO DELL'ASSICURAZIONE GIAPPONESE**

(\*) - 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.

死亡した人が退職後、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 / Sì <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		年 / Anno		月 / Mese	日 / Giorno
	自 / da				
至 / a					
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 / Sì <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 / Sì <input type="checkbox"/> いいえ / No				

DOMANDA DI PENSIONE AI SUPERSTITI A CARICO DELL'ASSICURAZIONE GIAPPONESE

7. 死亡を支給事由とする年金に関する情報 / Informazioni relative alla domanda di prestazione ai superstiti

①死亡年月日 / Data del decesso		年 / Anno		月 / Mese		日 / Giorno	
②死亡の原因である疾病又は負傷の名称 Nome della malattia/ Infortunio che ha causato il decesso							
③疾病又は負傷の発生した日 Data di insorgenza della malattia/ infortunio		年 / Anno	月/Mese	日/giorno	④疾病又は負傷の初診日 Data del primo referto medico		年 / Anno
⑤死亡の原因である疾病又は負傷の発生原因 Malattia o infortunio causa del decesso							
⑥死亡の原因は第三者行為によりますか? Decesso causato da terzi ?		<input type="checkbox"/> はい / Sì <input type="checkbox"/> いいえ / No		⑦申請を行うものは死亡者の相続人になれますか? Il richiedente è l'erede avente diritto della persona deceduta?		<input type="checkbox"/> はい / Sì <input type="checkbox"/> いいえ / No	
⑧死亡した人は次の年金制度の被保険者、組合員又は加入者となつたことがありますか。あるときは番号を○で囲んでください。 La persona deceduta era stata mai iscritta a un sistema pensionistico? Se sì, cerchiare il numero di riferimento dei regimi assicurativi di seguito elencati .						<input type="checkbox"/> はい / Sì <input type="checkbox"/> いいえ / No	
1. 国民年金法 / Legge Nazionale di previdenza 2. 厚生年金保険法 / Legislazione di sicurezza sociale per i lavoratori dipendenti del settore privato 3. 船員保険法 (1986年4月以後を除く) / Legislazione di sicurezza sociale dei manittimi (fino ad aprile 1986) 4. 国家公務員共済組合法 (2015年10月以降の厚生年金保険法 (国家公務員共済組合法) を含む。) / Assicurazione di mutuo soccorso dei dipendenti pubblici (ricompresa nell'Assicurazione dei lavoratori dipendenti del settore privato dall'ottobre 2015) 5. 地方公務員等共済組合法 (2015年10月以降の厚生年金保険法 (地方公務員共済組合法) を含む。) / Assicurazione obbligatoria dei dipendenti degli enti locali (ricompresa nell'Assicurazione dei lavoratori dipendenti del settore privato dall'ottobre 2015) 6. 私立学校教職員共済法 (2015年10月以降の厚生年金保険法 (私立学校教職員共済法) を含む。) / Assicurazione obbligatoria per il personale della scuola privata (ricompresa nell'Assicurazione dei lavoratori dipendenti del settore privato dall'ottobre 2015) 7. 廃止前の農林漁業団体職員共済組合法 / Assicurazione delle Società di Mutuo Soccorso per i dipendenti dell'industria agricola, forestale e ittica (prima della loro abolizione) 8. 旧市町村職員共済組合法 / Assicurazione obbligatoria per i dipendenti pubblici dei Comuni 9. 地方公務員の退職年金に関する条例 / Legislazione di sicurezza sociale obbligatoria dei dipendenti pubblici degli Enti locali 10. 恩給法 / Assicurazione obbligatoria per i dipendenti pubblici 11. その他 / Altro ( )							
⑨死亡者は⑧の年金制度の年金を受給していましたか。受けていたときは、下欄に記入してください。 La persona deceduta era già titolare di una pensione in base ad uno dei regimi pensionistici sopraelencati? In caso di risposta affermativa, compilare i campi sottostanti.						<input type="checkbox"/> はい / Sì <input type="checkbox"/> いいえ / No	
制度名 Nome del sistema pensionistico							
年金コードまたは年金証書の記号番号 Numero di iscrizione al Regime Pensionistico o Numero del Certificato di Pensione							
⑩死亡の原因は業務上ですか。 La morte è stata causata da infortunio sul lavoro?		<input type="checkbox"/> はい / Sì		<input type="checkbox"/> いいえ / No			
⑪労災保険から給付が受けられますか。 Era titolare di prestazione contro gli infortuni sul lavoro?		<input type="checkbox"/> はい / Sì		<input type="checkbox"/> いいえ / No			
⑫労働基準法による遺族補償が受けられますか。 Era titolare di pensione ai superstiti in base alla Legislazione sugli Standard Lavorativi?		<input type="checkbox"/> はい / Sì		<input type="checkbox"/> いいえ / No			

DOMANDA DI PENSIONE AI SUPERSTITI A CARICO DELL'ASSICURAZIONE GIAPPONESE

8. 代表者選任に関する情報 / Nomina di un delegato in caso di più richiedenti aventi diritto

※2015年9月30日以前に受給権が発生した遺族共済年金を請求する場合に記入してください。国民年金や厚生年金保険の遺族年金を請求される方は記入不要です。

\*Questa sezione è prevista per i richiedenti la pensione ai superstiti dell'Associazione di Mutuo Soccorso. Si prega di compilare i campi sottostanti se è stato maturato il diritto alla pensione ai superstiti dell'Associazione di Mutuo Soccorso prima del 30 settembre 2015. Se si sta richiedendo una pensione ai superstiti del Regime Pensionistico Nazionale o del Regime pensionistico dei Lavoratori Dipendenti, non è necessario compilare i campi.

請求代表者の氏名 Nome del delegato	ローマ字 / in caratteri alfabetici	請求代表者の 生年月日 Data di nascita del delegato	年 / Anno	月 / Mese	日/Giorno
	カタカナ / in Katakana				
請求代表者の住所 Indirizzo del delegato			請求代表者の元受給者との続柄 Grado di parentela del delegato erede del dante causa		

上記の者を請求代理人とします。 / Noi, richiedenti sotto riportati, nominiamo quale nostro delegato la persona sopraindicata.

同順位者記入欄 Elenco dei richiedenti	氏名 Nome	ローマ字 / in caratteri alfabetici	生年月日 Data di nascita	年 / Anno	月 / Mese	日/Giorno
		カタカナ / in Katakana				
	住所 Indirizzo			元受給者との続柄 Grado di parentela con il dante causa		
	氏名 Nome	ローマ字 / in caratteri alfabetici	生年月日 Data di nascita	年 / Anno	月 / Mese	日/Giorno
		カタカナ / in Katakana				
	住所 Indirizzo			元受給者との続柄 Grado di parentela con il dante causa		
	氏名 Nome	ローマ字 / in caratteri alfabetici	生年月日 Data di nascita	年 / Anno	月 / Mese	日/Giorno
		カタカナ / in Katakana				
	住所 Indirizzo			元受給者との続柄 Grado di parentela con il dante causa		
	氏名 Nome	ローマ字 / in caratteri alfabetici	生年月日 Data di nascita	年 / Anno	月 / Mese	日/Giorno
		カタカナ / in Katakana				
	住所 Indirizzo			元受給者との続柄 Grado di parentela con il dante causa		
	氏名 Nome	ローマ字 / in caratteri alfabetici	生年月日 Data di nascita	年 / Anno	月 / Mese	日/Giorno
		カタカナ / in Katakana				
	住所 Indirizzo			元受給者との続柄 Grado di parentela con il dante causa		

9. 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 : \_\_\_\_\_