社会保障に関する日本国とチェコ共和国との間の協定

CZ/J 2 チェコ→日

SMLOUVA MEZI JAPONSKEM A ČESKOU REPUBLIKOU O SOCIÁLNÍM ZABEZPEČENÍM

国民年金・厚生年金保険裁定請求書(**死亡**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)

Žádost o národní důchod / zaměstnanecký důchod
(o **Pozůstalostní důchod**)
(Žádost i o zaměstnanecký důchod
z pokladny vzájemné pomoci)

※日本の照会番号 Japonské číslo jednací

チェコ共和国実施機関記入欄
Vyplní kompetentní instituce v České republice

受付日が入ったスタンプ
Razítko kompetentní instituce s datem přijetí žádosti

この請求書は、チェコ共和国の実施機関の窓口提出用です。
Tento formulář se předkládá pouze kompetentní instituci v České republice.

※日本保険者により記入される欄
Vyplní pouze styčné místo Japonska

死亡者の日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Číslo důchodového pojištění zesnulého v Japonsku nebo číslo důchodové knížky zesnulého	死亡者のチェコ共和国における出生番号 Rodné číslo zesnulého v České republice

1. 死亡者に関する情報 / Zesnulá osoba

①氏 Příjmení	ローマ字 / v latince		②名 Jméno	ローマ字 / v latince
	カタカナ/ v písmu katakana	漢字/ v písmu kanji		カタカナ/ v písmu katakana / 漢字/ v písmu kanji
③性別 Pohlaví	☐ 男 / Muž ☐ 女 / Žena		④生年月日 Datum narození	年 / R 月 / M 日 / D

2. 申請者に関する情報 / Žadatel

①氏 Příjmení	ローマ字 / v latince		②名 Jméno	ローマ字 / v latince
	カタカナ/ v písmu katakana	漢字/ v písmu Kanji		カタカナ/ v písmu katakana / 漢字/ v písmu v kanji
③性別 Pohlaví	☐ 男 / Muž ☐ 女 / Žena		④生年月日 Datum narození	年 / R 月 / M 日 / D
⑤住所 Adresa	ローマ字 / v latince			
	カタカナ / v písmu katakana			
⑥死亡者との続柄 / Vztah k zesnulé osobě				
⑦申請者の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Číslo důchodového pojištění žadatele v Japonsku nebo číslo důchodové knížky				
⑧申請者のチェコ共和国の社会保険番号 Rodné číslo žadatele v České republice				
⑨電話番号(国番号、エリアコードを含む) Telefonní číslo včetně kódu země a oblasti				

3. 子に関する情報 /Děti žadatele

1	①氏 Příjmení	ローマ字 / v latince カタカナ/ v písmu katakana / 漢字/ v písmu Kanji		②名 Jméno	ローマ字 / v latince カタカナ/ v písmu katakana / 漢字/ v písmu Kanji
	③性別 Pohlaví	☐ 男 / Muž ☐ 女 / Žena		④生年月日 Datum narození	年 / R 月 / M 日 / D
	⑤障害の状態にありますか / Dítě s postižením			☐ はい / Ano ☐ いいえ / Ne	
	⑥年収が850万円未満ですか Roční příjem ve výši nižší než 8.5 milionů yenů			☐ はい / Ano ☐ いいえ / Ne	
2	①氏 Příjmení	ローマ字 / v latince カタカナ/ v písmu katakana / 漢字/ v písmu Kanji		②名 Jméno	ローマ字 / v latince カタカナ/ v písmu katakana / 漢字/ v písmu Kanji
	③性別 Pohlaví	☐ 男 / Muž ☐ 女 / Žena		④生年月日 Datum narození	年 / R 月 / M 日 / D
	⑤障害の状態にありますか / Dítě s postižením			☐ はい / Ano ☐ いいえ / Ne	
	⑥年収が850万円未満ですか Roční příjem ve výši nižší než 8.5 milionů yenů			☐ はい / Ano ☐ いいえ / Ne	

4. 支払金融機関に関する情報 / Údaje o finanční instituci,do které se bude dávka vyplácet

①銀行の名前 Název banky		③口座番号 Číslo účtu	
②本店又は支店名 Centrála nebo název pobočky	☐ 本店 / Centrála ☐ _____支店 pobočka	④銀行の住所 Adresa banky	ローマ字 / v latince カタカナ/ v písmu katakan

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 / Japonský veřejný důchod, který žadatel pobírá

申請者は既に日本国の公的年金を受給していますか。 Pobírá žadatel japonský veřejný důchod nebo o něj právě žádá?		☐ はい / Ano ☐ いいえ / Ne	
①制度名 Název systému		③支給を受けることとなった年月日 Datum vzniku nároku	年 / R 月 / M 日 / D
②年金の種類 Druh důchodu	☐**老齢**を支給事由とする年金/ Starobní ☐**障害**を支給事由とする年金/Invalidní ☐**死亡**を支給事由とする年金/ Pozůstalostní		
④年金コード又は年金証書の記号番号 Číslo důchodu nebo číslo důchodového osvědčení			

6. 死亡者の日本の保険加入期間に関する情報 / Historie dob pojištění zesnulé osoby v japonském systému pojištění

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。

Vyplňte detailně a co nejpřesněji jeho/její historii dob pojištění, které získal ve veřejném japonském systému důchodového pojištění.

加入期間（年／月／日） Doby pojištění 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 / Místo zaměstnání nebo majitel lodi v případě, že zesnulý/á pracoval/a na lodi	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 zaměstnavatele nebo majitele lodi, nebo adresa zesnulé/ho v době účasti v národním pojištění	加入していた年金制度等（注） Důchodový systém, ve kterém byl/a účasten (*)
/ / 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）

○ 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。

（＊）

- Pro Národní důchod vyplňte číslo „1“, pro Zaměstnanecké důchodové pojištění (mimo pojištění námořníků a důchod z pokladny vzájemné pomoci) číslo „2“, pro Zaměstnanecké důchodové pojištění (námořníků) číslo „3“ a pro Zaměstnanecké důchodové pojištění (pokladna vzájemné pomoci) vyplňte číslo „4“.
- Jestliže vyplníte číslo “4” pto Zaměstnanecké důchodové pojištění (pokladna vzájemné pomoci), napište prosím jméno pokladny .
- Vyplňte prosím dřívější jméno zesnulé osoby, pokud se její jméno změnilo v důsledku sňatku nebo jiným způsobem.

最後に勤務した事業所又は死亡時勤務していた事業所について Údaje o místě výkonu posledního zaměstnání při pojištění v japonském důchodovém systému zesnulé osoby	①名称 Název místa výkonu práce	
②健康保険の被保険者証の記号番号（わかれば記入） Číslo karty zaměstnaneckého zdravotního pojištění zesnulé osoby (pokud je to možné)		
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。 Byla zesnulá osoba někdy pojištěna v systému číslo 4 v zaměstnaneckém systému pojištění nebo v dobrovolném a pokračujícím systému pojištění pro námořníky?	☐ はい / Ano ☐ いいえ / Ne	
①被保険者の整理記号番号 Referenční kód (číslo) pojištěnce		
②保険料を納めた期間 Doby, za které bylo zaplaceno pojistné		年 / R 月 / M 日 / D
	自 / Od	
	至 / Do	
③保険料を納めた年金事務所名（社会保険事務所名） Název důchodové pojišťovací agentury (název agentury sociálního pojištění) u které bylo zaplaceno pojistné		

7. 死亡を支給事由とする年金に関する情報 / Údaje k žádosti o pozůstalostní důchod

①死亡年月日 / Datum úmrtí	年 / R	月 / M	日 / D
②死亡の原因である疾病又は負傷の名称 Název nemoci/úrazu, která způsobila smrt			

③疾病又は負傷の発生した日 Datum začátku nemoci/zranění	年/R	月/M	日/D	④疾病又は負傷の初診日 Datum prvního lékařského vyšetření	年 / R	月 / M	日 / D

⑤死亡の原因である疾病又は負傷の発生原因 Příčina nemoci/úrazu, která způsobila smrt	

⑥死亡の原因は第三者行為によりますか？ Byla smrt způsobena třetí osobou?	☐ はい / Ano ☐ いいえ / Ne	⑦申請を行うものは死亡者の相続人になれますか？ Je žadatel zákonným dědicem zesnulé osoby?	☐ はい / Ano ☐ いいえ / Ne

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っ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。

Byla zesnulá osoba někdy pojištěna ve veřejném důchodovém systému?

Jestli ano, zatrhněte níže číslo/a příslušného systému.

☐ はい / Ano
☐ いいえ / Ne

1．国民年金法 / Zákon o národním důchodovém pojištění

2．厚生年金保険法 / Zákon o zaměstnaneckém důchodovém pojištění

3．船員保険法（１９８６年４月以後を除く）/ Zákon o pojištění námořníků (pouze před dubnem 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。）/ Zákon o pokladnách vzájemné pomoci pro státní úředníky (po říjnu 2015 zahrnujíc zákon o zaměstnaneckém důchodovém pojištění (zákon o pokladnách vzájemné pomoci pro státní úředníky))

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。） / Zákon o pokladnách vzájemné pomoci pro úředníky místních veřejných správ (po říjnu 2015 zahrnujíc zákon o zaměstnaneckém důchodovém pojištění (zákon o pokladnách vzájemné pomoci pro úředníky místních veřejných správ))

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。） / Zákon o pokladnách vzájemné pomoci pro pedagogické pracovníky soukromých škol (po říjnu 2015 zahrnujíc zákon o zaměstnaneckém důchodovém pojištění (zákon o pokladnách vzájemné pomoci pro pedagogické pracovníky soukromých škol))

7．旧市町村職員共済組合法 / Zákon o pokladnách vzájemné pomoci pro úředníky samospráv

8．地方公務員の退職年金に関する条例 / Nařízení místní vlády o starobních důchodech pro úředníky místních veřejných správ

9．恩給法 / Zákon o důchodu úředníků ve veřejném sektoru

１０．その他 / Jiné

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。
Pobírala zesnulá osoba důchod z důchodového systému vyjmenované výše pod bodem ⑧?
Pokud ano, vyplňte prosím níže.

☐ はい / Ano
☐ いいえ / Ne

制度名 Název důchodového systému	
年金コードまたは年金証書の記号番号 Číslo důchodu nebo číslo důchodového osvědčení	

8. 代表者選任に関する情報 / Jmenování zástupce v případě více oprávněných

請求代表者の氏名 Jméno zástupce	ローマ字 / v latince カタカナ /v písmu katakana	請求代表者の生年月日 Datum narození zástupce	年 / R	月 / M	日 / D
請求代表者の住所 Adresa zástupce		請求代表者の元受給者との続柄 Vztah zástupce k zesnulé osobě			

上記の者を請求代理人とします。
Jmenujeme výše uvedenou osobu naším zástupcem.

同順位者記入欄 Seznam žadatelů

氏名 Jméno	ローマ字 / v latince カタカナ / v písmu katakana	生年月日 Datum narození	年 / R	月 / M	日 / D
住所 Adresa		元受給者との続柄 Vztah k zesnulé osobě			
氏名 Jméno	ローマ字 / v latince カタカナ / v písmu katakana	生年月日 Datum narození	年 / R	月 / M	日 / D
住所 Adresa		元受給者との続柄 Vztah k zesnulé osobě			
氏名 Jméno	ローマ字v latince カタカナ / v písmu katakana	生年月日 Datum narození	年 / R	月 / M	日 / D
住所 Adresa		元受給者との続柄 Vztah k zesnulé osobě			
氏名 Jméno	ローマ字 / v latince カタカナ / v písmu katakana	生年月日 Datum narození	年 / R	月 / M	日 / D
住所 Adresa		元受給者との続柄 Vztah k zesnulé osobě			
氏名 Jméno	ローマ字 / v latince カタカナ / v písmu katakana	生年月日 Datum narození	年 / R	月 / M	日 / D
住所 Adresa		元受給者との続柄 Vztah k zesnulé osobě			

9. 署名 / Prohlášení žadatele

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。私はチェコ共和国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。

Prohlašuji, že jsem veškeré informace v tomto formuláři uvedl/a pravdivě a úplně. Souhlasím, aby česká kompetentní instituce postoupila mou žádost japonské kompetentní instituci a doplnila k ní potřebné informace a dokumenty, které se k žádostí vztahují nebo by se vztahovat mohly.

申請者の署名

Podpis žadatele:_____