

Návod k Žiadosti o národný dôchodok / o zamestnanecký dôchodok / dôchodok vzájomnej pomoci【国民年金・厚生年金保険裁定請求書 記入要領】

Žiadosť o pozostalostný dôchodok 死亡を支給事由とする年金給付

Svoje číslo dôchodkového poistenia v Japonsku alebo číslo dôchodkovej knižky môžete nájsť na oznámení základného dôchodkového čísla alebo na Vašej dôchodkovej knižke
日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号は基礎年金番号通知書又は年金手帳に書いてあります。

- ①, ② a ⑤: Píšte prosím tlačným písmom latinkou(to isté platí aj pre zvyšok formulára)
- Taktiež, môžete vpisovať písmom“Katakana” a “Kanji”, ak sú dostupné. (To isté platí pre zvyšok formulára)
- ①,②,⑤のローマ字は、大文字で記入してください。
- ①,②,⑤の「カタカナ」及び「漢字」欄には、それぞれカタカナ及び漢字を記入してください。

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

AGREEMENT BETWEEN JAPAN AND THE SLOVAK REPUBLIC ON SOCIAL SECURITY

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)

Claim for National Pension / Employees' Pension Insurance
(For **Survivors Pension**)
(Also claim for Employees' Pension Insurance to Mutual Aid Association)

※この請求書は、スロバキアの実施機関の窓口提出用です。
This claim form is only for submission to the competent institution of the Slovak Republic.

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

JP/SK203 スロバキア→日

スロバキア実施機関記入欄
Used by the competent institution of the Slovak Republic

受付日が入ったスタンプ
Date-stamp received at competent institution of the Slovak Republic

死亡者の日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号

Deceased person's Japanese Basic Pension Number or Number on Pension Handbook

死亡者のスロバキアにおける個人識別番号(Birth ID Number)

Deceased person's personal identification number in the Slovak Republic (Birth ID Number)

1. 死亡者に関する情報 / Deceased person

①氏名 Last name	ローマ字 / in Roman letters カタカナ / in Katakana letters 漢字 / in Kanji letters	②名 First name	ローマ字 / in Roman letters カタカナ / in Katakana letters 漢字 / in Kanji letters
③性別 Sex	☐ 男 / Male ☐ 女 / Female	④生年月日 Date of Birth	年 / Y 月 / M 日 / D

2. 申請者に関する情報 / Claimant

①氏名 Last name	ローマ字 / in Roman letters カタカナ / in Katakana letters 漢字 / in Kanji letters	②名 First name	ローマ字 / in Roman letters カタカナ / in Katakana letters 漢字 / in Kanji letters
③性別 Sex	☐ 男 / Male ☐ 女 / Female	④生年月日 Date of Birth	年 / Y 月 / M 日 / D
⑤住所 Address	ローマ字 / in Roman letters カタカナ / in Katakana letters		

⑥死亡者との関係 / Relationship to the deceased person

⑦申請者の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号

Claimant's Basic Pension Number or Number on Pension Handbook

⑧申請者のスロバキアにおける個人識別番号 (Birth ID Number)

Claimant's personal identification number of the Slovak Republic (Birth ID Number)

⑨電話番号 (国番号、エリアコードを含む)

Telephone number including country and area code

⑩年収が860万円未満ですか

Annual income under 8.5 million yen?

☐ はい / Yes ☐ いいえ / No

Vyplňte, prosím, tento formulár v japonskom, slovenskom alebo anglickom jazyku.

当該申請書は、日本語、又は英語にて記入してください。

Vyplňte prosím, štyrmi číslicami rok, dvoma číslicami mesiac, napr.: “1955 12 15” namiesto december 15, 1955. (To isté platí pre zvyšok formulára)

生年月日の年は、西暦4桁を記入してください。
(例: 1955年12月15日)

•Ak máte oprávnené dieťa/deti, uveďte informácie o nich tu.

•Oprávneným dieťaťom je Vaše dieťa, ktoré má 18 rokov alebo menej (k 31. marcu má 18 rokov), alebo má menej ako 20 rokov, ak je zdravotne postihnuté.

•子がいるときに記入してください。子は18歳到達日以後の最初の3月31日までの間にある子又は障害の状態にある20歳未満の子に限りです。

Uveďte, prosím tlačným písmom v latinke názov banky a pobočky.

銀行の名前及び支店名は、アルファベットの太文字で記入してください。

Ak v súčasnosti poberáte alebo žiadate o iný starobný invalidný alebo pozostalostný dôchodok z japonského systému verejného dôchodkového poistenia uveďte, prosím, názov dôchodku (Pozrite sa na zoznam uplatniteľných dôchodkových systémov uvedených v pravom stĺpci tejto strany). Druh dávok, dátum vzniku nároku, kód dôchodku a číslo potvrdenia o dôchodku.

Ak poberáte dva alebo viac verejných dôchodkov, pripojte, prosím, hárok papiera, aby ste nám poskytli podobné informácie o inom dôchodku.

Ak poberáte/žiadate nejaký z dôchodkov vzájomnej pomoci, uveďte, prosím, názov špecifickej Asociácie vzájomnej pomoci v bode“①Názov systému”.

申請者が日本国の公的年金制度等(このページの右側の一覧を参照のこと)から老齢、障害又は死亡を支給事由とする年金を受給しているか又は申請しているか記入し、受給している場合は、その制度名、種類、受けることとなった年月日、年金コード又は年金証書の記号番号を記入してください。複数の公的年金を受給している場合は、別用紙に同様の情報を記入してください。なお、共済組合等から受けているときは、制度名には支給している共済組合等の名称を記入してください。

3. 子に関する情報 / Deceased person's child(ren)

①氏名
Last name

ローマ字 / In Roman letters

カタカナ / In Katakana letters

漢字 / In Kanji letters

②氏名
First name

ローマ字 / In Roman letters

カタカナ / In Katakana letters

漢字 / In Kanji letters

③性別
Sex

☐ 男 / Male ☐ 女 / Female

④生年月日
Date of Birth

年 / Y 月 / M 日 / D

⑤障害の状態に
ありますか / Child with disability?

☐ はい / Yes ☐ いいえ / No

⑥年収が\$850万円未満ですか
Annual income under 8.5 million yen?

☐ はい / Yes ☐ いいえ / No

①氏名
Last name

ローマ字 / In Roman letters

カタカナ / In Katakana letters

漢字 / In Kanji letters

②氏名
First name

ローマ字 / In Roman letters

カタカナ / In Katakana letters

漢字 / In Kanji letters

③性別
Sex

☐ 男 / Male ☐ 女 / Female

④生年月日
Date of Birth

年 / Y 月 / M 日 / D

⑤障害の状態に
ありますか / Child with disability?

☐ はい / Yes ☐ いいえ / No

⑥年収が\$850万円未満ですか
Annual income under 8.5 million yen?

☐ はい / Yes ☐ 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。 / In case there are other children the claimant has, please give their information concerning this section in a separate sheet of paper, which should be submitted with this application form.

4. 支払金融機関に関する情報 / Nomination of a financial institution to which benefits will be sent

①銀行の名前
Name of Bank

②本店又は支店名
Head office or Name of branch office

③口座番号
Account Number

④銀行の住所
Address of Bank

⑤スロバキアにある銀行への送金希望する場合は、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。
If you prefer remittance to a bank in the Slovak Republic, please fill in SWIFT code (8 or 11 digits)

⑥スロバキアにある銀行への送金希望する場合は、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。
If you prefer remittance to a bank in the Slovak Republic, please fill in IBAN code (up to 34 digits)

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 / Japanese public pension which the claimant is receiving

申請者は既に日本国の公的年金を受給または現在請求中ですか。
Is the claimant receiving or currently claiming a Japanese public pension?

☐ はい / Yes ☐ いいえ / No

①制度名
Name / System

②受給を受けること
なった年月日
Date of Entitlement

③年金の種類
Type of Pension

☐ 老齢を支給事由とする年金 / Old Age ☐ 障害を支給事由とする年金 / Disability ☐ 死亡を支給事由とする年金 / Survivors

④年金コード又は年金証書の記号番号
Pension Code or Number on Pension Certificate

2 / 5

Príslušné verejné dôchodkové systémy

A. Zákon o národnom dôchodku
B. Zákon o dôchodkovom poistení zamestnancov
C. Zákon o poistení nájomníkov (len pred aprílom 1986)
D. Zákon týkajúci sa Asociácie vzájomnej pomoci pre štátnych zamestnancov(tiež Zákon o dôchodkovom poistení zamestnancov[Zákon týkajúci sa vzájomnej pomoci pre štátnych zamestnancov] po októbri 2015) (vrátane zákonov týkajúcich sa zavádzania dávok starostlivosti, ktoré boli uzákonené pred aprílom 1986)
E. Zákon týkajúci sa Asociácie vzájomnej pomoci pre miestnych štátnych úradníkov (tiež Zákon o dôchodkovom poistení zamestnancov[Zákon týkajúci sa Asociácie vzájomnej pomoci pre miestnych štátnych úradníkov] po októbri 2015) (vrátane zákonov týkajúcich sa zavádzania dávok dlhodobej pomoci uzákonených pred aprílom 1986)
F. Zákon týkajúci sa Vzájomnej pomoci pre personál súkromných škôl (tiež Zákon o dôchodkovom poistení zamestnancov[Zákon týkajúci sa Asociácie vzájomnej pomoci pre personál súkromných škôl] po októbri 2015)
G. Zákon týkajúci sa Asociácie vzájomnej pomoci pre zamestnancov poľnohospodárskych, lesných a rybárskych inštitúcií
H. Zákon týkajúci sa dôchodkov štátnych zamestnancov
I. Vyhláška miestnej správy týkajúca sa starobného dôchodku pre miestnych štátnych zamestnancov
J. Zákon týkajúci sa Asociácie vzájomnej pomoci pre baníkov vo vládných spoločnostiach YAWATA Works, Nippon Steel Co.
K. Doplňujúce ustanovenie článku č. 13 Zákona o osobitných úradníkoch okresného súdu
L. Zákon týkajúci sa osobitných opatrení pre bývalých poberateľov MAAs
M. Zákon o úľave pre obeť vojny a pozostalých

公的年金制度一覧
ア 国民年金法
イ 厚生年金保険法
ウ 船員保険法(1986年4月以後を除く)
エ 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。)(1986年4月前の長期給付に関する施行法を含む。)
オ 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。)(1986年4月前の長期給付に関する施行法を含む。)
カ 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。)
キ 農林漁業団体職員共済組合法
ク 恩給法
ケ 地方公務員の退職年金に関する条例
コ 日本製鉄八幡共済組合
サ 執行官法附則第13条
シ 旧令による共済組合等からの年金受給者のための特別措置法
ス 戦傷病者戦没者遺族等援護法

•Ak si nie ste istý v niektorých osobitných dátumoch Vašej histórii poistenia (pracovnej histórie), uveďte toľko informácií, koľko si pamätáte, ako aj mesiac alebo obdobie, napr. leto roku xxxx.

•詳しくわからないときでも、年月まであるいは何年の夏までといったように記入してください。

- Uveďte, prosím, históriu dôchodkového poistenia zomretej osoby vo verejnom dôchodkovom systéme chronologicky od najstaršieho/prvého poistenia až po súčasné.

-Ak sa Vaša adresa počas obdobia, kedy ste boli poistený v národnom dôchodkovom systéme zmenila, uveďte, prosím každú adresu a dĺžku pobytu.

- Ak došlo k zmene v názve alebo v adrese pracoviska alebo k premiestneniu na pobočku spoločnosti počas toho, keď ste boli poistený v dôchodkovom poistení zamestnancov, uveďte, prosím, jednotlivé názvy pracoviska, adresu, dobu poistenia a názov dôchodkového systému.

- 加入期間は、死亡者が初めて日本国の公的年金制度に加入したときから古い順に記入してください。

-国民年金の加入期間中に住所を変更したときは、住所地および住んでいた期間が分かるように記入してください。

-厚生年金保険等の加入期間中に事業所の名称変更や所在地の変更、転勤があったときは、それぞれの事業所等について名称、所在地、期間、加入していた年金制度を記入してください。

6. 死亡者の日本の保険加入期間に関する情報 / Deceased person's history of coverage periods under 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 his/her detailed history of coverage under the Japanese public pension systems as accurately as possible					
加入期間 (年/月/日) Periods of Coverage From Y/M/D To Y/M/D	事業所 (船主所有者) の名称及び船員であったときはその船名 Name of the workplace or ship owner in case he/she was a crew member on board a ship(*)	事業所 (船主所有者) の所在地又は国民年金加入時の住所 Address of the workplace or ship owner, or his/her address when he/she was enrolled in the National Pension(**)	加入していた年金制度等 Pension system under which he/she was covered(**)	加入していた当時の氏名 Deceased person's former name, if any (***)	
/ / 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、可能な限り簡潔で発行された書類や名刺等の写しを添付して下さい。
- (**) 国籍は「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。
- (***) 婚姻期間により、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) 日本に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。
- (*) If you fill in the name of the employer or its address in a language other than Japanese, please attach, to the extent possible, a copy of a document issued by that employer or a business card.
- (**) Fill in the number as follows: "1" for National Pension, "2" for Employees' Pension Insurance (except Seaman's Insurance and Mutual Aid Association), "3" for Employees' Pension (Seaman's Insurance) and "4" for Employees' Pension Insurance (Mutual Aid Association).
- (***) Please fill in deceased person's former name in this column, if his/her former name is different from current name by marriage or other reason.
- Note: - If deceased person had right of permanent residence in Japan or Japanese nationality, please note if that there is possibility to be authorized the period of coverage under the Japanese legislation by attaching a copy of the certificate concerning acquisition of the right of permanent residence in Japan or Japanese nationality, or a copy of his/her passport.

死亡した人が船員、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被保険者となったことがありますか。 Has deceased person ever been a Type 4 Insured Person under the Employees' Pension Insurance or a Voluntary and Continuous Insured Person under the Seamen's Insurance after his/her retirement?		☐ はい / Yes	☐ いいえ / No
①被保険者の識別記号番号 Insured person's reference code-number			
②保険料を納めた期間 Periods during which the insurance contributions were paid		年 / Y	月 / M
自 / From		日 / D	
至 / To			
③保険料を納めた年金事務所名 (社会保険事務所名) Name of the Branch Office of the Japan Pension Service (the Social Insurance Office) to which the insurance contributions were paid			
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。 If deceased person had received disability benefits of the National Pension, Employees' pension or Mutual Aid Pension and was covered voluntarily under the National Pension, did he/she receive a special lump-sum payment based?		☐ はい / Yes	☐ いいえ / No
昭和36年4月1日から昭和47年5月14日まで沖縄に住んでいたことがありますか。 Had he/she been in Okinawa between 1 April, 1961 and 14 May, 1972?		☐ はい / Yes	☐ いいえ / No

Pozrite sa, prosím na (*) zodpovedajúci stĺpec uvedený nižšie a uveďte vhodné číslo (jedno z "1," "2," "3" alebo "4") korešpondujúce s jednotlivou históriou poistenia. 欄外の該当する年金制度の番号を記入してください。

Uveďte, prosím, Vašu vtedajšiu adresu. Ak nevíete celú adresu, uveďte aspoň názov, mesto, mestskú štvrť alebo dedinu.

Všimnite si, prosím, že možno existujú prípady, kedy ste pracovali v Osake, ale Váš EPI úrad poistenia spoločnosti mohol byť zapísaný v Dôchodkovom poistení zamestnancov (EPI) v pobočke Japonskej dôchodkovej služby (Úrad sociálneho poistenia) v Tokiu, kde sa nachádza ústredie pracoviska. Ak sa toto na Vás vzťahuje, uveďte adresu pracoviska, kde ste zapísaný v EPI.

To isté urobte, prosím, pre pracoviská asociácie vzájomnej pomoci.

•詳しくわからないときでも、市区町村名までは記入してください。

•また、実際には大阪で勤務していたが、厚生年金保険は東京の本社などで一括して東京の年金事務所 (社会保険事務所) に届け出ていたようなときは、東京の本社の所在地を記入するといったように、厚生年金保険の適用があったところの所在地を記入してください。

Uveďte, prosím, oficiálny názov pracoviska, ktoré bolo nahlásené pobočke Japonskej dôchodkovej služby (Úrad sociálneho poistenia) počas obdobia, kedy ste boli poistený.

Pokiaľ ide o pracoviská, uveďte tiež osobitný názov pobočky alebo továrne, ako je pobočka alebo spoločnosť Tokyo A. Urobte, prosím, to isté v prípade pracovísk Asociácie vzájomnej pomoci.

Ak je možné, uveďte japonský názov. 被用者年金制度に加入していたときに年金事務所 (社会保険事務所) に届出された正式な名称を記入してください。

また、社名などだけではなく、A株式会社東京支店というように、支社、支店、出張所、営業所、工場名などについても記入してください。なお、共済組合等についても同様に記入します。日本語がわかる場合は日本語名で記入してください。

Od ① až po ⑤: Vychádzajte z dokladu, ktorý preukazuje dátum úmrtia, napr. úmrtný list zomretého.

7. ①から7. ⑤については、死亡診断書等で確認して記入します。

7. 死亡を支給事由とする年金に関する情報 / Information for a claim for Survivors benefits											
①死亡年月日 / Date of Death				年 / Y		月 / M		日 / D			
②死亡の原因である疾病又は負傷の名称 Name of disease/injury which caused the death											
③疾病又は負傷の発生日 Date of onset of the disease/injury				年/Y		月/M		日/D		④疾病又は負傷の初診日 Date of the first medical examination	
⑤死亡の原因である疾病又は負傷の発生前 Cause of disease/injury which caused the death											
⑥死亡の原因は第三者行為によりますか? Was the death caused by a third party?				☐ はい / Yes ☐ いいえ / No		⑦申請を行うものは死亡者の相続人になりますか? Is the claimant a legal heir of the deceased person?				☐ はい / Yes ☐ 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。 Had the deceased person ever enrolled in any of the public pension system? If yes, circle the number of applicable systems below.				☐ はい / Yes ☐ いいえ / No							
1. 国民年金法 / National Pension Law 2. 厚生年金保険法 / Employees' Pension Insurance Law 3. 船員保険法 (1986年4月以後を除く) / Seamen's Insurance Law (only before April 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。) / Law Concerning Mutual Aid Association for National Public Officials (Also Employees' Pension Insurance Law [Law Concerning Mutual Aid Association for National Public Officials] after October 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 (地方公務員等共済組合法) を含む。) / Law Concerning Mutual Aid Association for Local Public Officials (Also Employees' Pension Insurance Law [Law Concerning Mutual Aid Association for Local Public Officials] after October 2015) 6. 私立学校教員共済法 (2015年10月以降の厚生年金保険法 (私立学校教員共済法) を含む。) / Law Concerning Mutual Aid Association for Private School Personnel (Also Employees' Pension Insurance Law [Law Concerning Mutual Aid Association for Private School Personnel] after October 2015) 7. 廃止前の農林漁業団体職員共済組合法 / Law concerning Mutual Aid association for Agricultural, Forestry and Fishery Institutions' Employees (Applied before its abolition) 8. 旧町村職員共済組合法 / Law Concerning Mutual Aid Association for Officials of Municipalities 9. 地方公務員の退職年金に関する条例 / Local Government Ordinance Concerning Retirement Pension for Local Public Officials 10. 恩給法 / Law Concerning Public Servants' pension 11. その他 / Others ()											
⑨死亡者は⑧の年金制度の年金を受けていましたか。受けていたときは、下欄に記入してください。 Was the deceased person receiving a pension from a pension system listed in ⑧ above? If yes, please fill in below.				☐ はい / Yes ☐ いいえ / No							
制度名 Name of Pension System											
年金コードまたは年金証書の番号 Pension Code or Number on Pension Certificate											
⑩死亡の原因は業務上ですか。 Is the cause of death on the job accident?				☐ はい / Yes ☐ いいえ / No							
⑪労災保険から給付が受けられますか。 Is the claimant eligible for benefits under Works' Accident Compensation Insurance system?				☐ はい / Yes ☐ 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。 Is the claimant eligible for survivors compensation under Labour Standards Law?				☐ はい / Yes ☐ いいえ / No							

4 / 5

- Podpíšte sa, prosím, na čiaru.
- Svojím podpisom potvrdzujete, že informácie uvedené v žiadosti sú pravdivé.
- Tiež oprávňujete príslušnú inštitúciu Slovenskej republiky, aby poskytla japonským príslušným inštitúciám informácie, ktoré môžu mať vplyv na Vaše nároky na japonské dávky, o ktoré ste požiadalí.
- 下線部に署名をしてください。
- 署名に際して、あなたは申請書で提供した情報が真実であることを証明します。
- あなたはスロバキアの実施機関に対し、あなたが申請している日本年金の給付を受ける資格に影響を与える情報を日本の実施機関に提供する権限を与えます。

Vyplňte, prosím, časť 8, ak existujú ďalšie pozostalé osoby, s rovnakým poradím.

8. 同順位の方がいる場合に、記入します。

- cf. Poradie pozostalých osôb pre pozostalostný dôchodok zamestnancov
- (1) Manželka alebo manžel zosnulého vo veku 55 alebo viac
Dieťa/ Deti zosnulého mladšie ako 18 *
(20 v prípade určitého zdravotného postihnutia stanoveného zákonom)
 - (2) matka alebo otec zosnulého vo veku 55 alebo viac
 - (3) Vnuc/vnuci zosnulého mladší ako 18 rokov
(20 v prípade určitého zdravotného postihnutia stanoveného zákonom)
 - (4) Starí rodičia zosnulého vo veku 55 alebo viac
* Dávka je vyplácaná do 31. marca od 18 rokov.

(参考) 遺族厚生年金の受給できる順位

1. 妻または
18歳(法で定められた一定の等級の障害のある20歳未満)未満の子
2. 55歳以上の父母
3. 18未満(法で定められた一定の等級の障害のある20歳未満)の孫
4. 55歳以上の祖父母

8. 代表者選任に関する情報 / Nomination of the representative in case of more than one eligible claimant											
請求代表者の氏名 Name of the representative		ローマ字 / in Roman letters		請求代表者の生年月日 Representative's Date of Birth		年 / Y		月 / M		日 / D	
請求代表者の住所 Address of the representative		カタカナ / in Katakana letters									
										請求代表者の死亡者との関係 Representative's relationship to the deceased person	
上記の者を請求代理人とします。 We nominate the above-mentioned person our representative.											
氏名 Name		ローマ字 / in Roman letters		生年月日 Date of Birth		年 / Y		月 / M		日 / D	
住所 Address		カタカナ / in Katakana letters									
										死亡者との関係 Relationship to the deceased person	
		ローマ字 / in Roman letters									

9. 署名 / Declaration of Claimant

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言します。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。

I declare that the information I have given in this form is true and complete. I authorize the competent institution of the Slovak Republic to furnish to the Japanese competent institutions all information and documents which relate or could relate to this application for benefits.

申請者の署名

Signature of Claimant: _____

5 / 5