



C Weitere Angaben zur Leistungsart  
(Abschnitt B)

給付の種類に関するその他の事項  
(B 項)

<p>1 Rentenbeginn bei Altersrenten Die Rente soll zum frühestmöglichen Zeitpunkt beginnen falls „nein“: Die Rente soll später beginnen, und zwar am</p>	<p>nein <input type="checkbox"/> いいえ ja <input type="checkbox"/> はい</p> <p>Tag/日    Mona/月    Jahr/年</p> <p>                     </p>	<p>老齢年金における年金支給開始 年金支給はできるだけ早い時期に開始する 「いいえ」の場合: 年金支給の開始年月日は</p>
<p>2 Beschäftigung oder Tätigkeit Wird zur Zeit eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit ausgeübt? falls „ja“ sind anzugeben: - die monatlichen Bruttoeinkünfte - der Zeitpunkt, an dem die Beschäftigung oder Erwerbstätigkeit voraussichtlich aufgegeben wird falls „nein“ sind anzugeben: - der Tag, an dem die Beschäftigung oder Erwerbstätigkeit letztmalig ausgeübt wurde</p>	<p>nein <input type="checkbox"/> いいえ ja <input type="checkbox"/> はい</p> <p>Tag/日    Mona/月    Jahr/年</p> <p>                     </p> <p>Tag/日    Mona/月    Jahr/年</p> <p>                     </p>	<p>就業あるいは自営業 現在就業していますか、あるいは自営業を営んでいますか? 「はい」の場合: - 月間総収入額 - 就業あるいは生業を終える予定日  「いいえ」の場合: - 最後に就業あるいは生業に従事した年月日</p>

D Angaben zur Ausbildung

学歴に関する事項

<p>1 Welche allgemeinbildenden Schulen (z. B. Volksschule, Gymnasium) haben Sie besucht?</p> <p>in (Land, Ort)</p> <p>vom - bis</p>		<p>どの普通校に行きましたか (例、国民学校、ギムナジウム)?</p> <p>場所 (国名、市町村名)</p> <p>期間</p>
<p>2 Haben Sie eine betriebliche Lehrzeit absolviert?</p> <p>Art der Lehrzeit</p> <p>in (Land, Ort)</p> <p>vom - bis</p> <p>Abschluß am</p>	<p>nein <input type="checkbox"/> いいえ ja <input type="checkbox"/> はい</p> <p>Tag/日    Mona/月    Jahr/年</p> <p>                     </p>	<p>企業での職業訓練を修了しましたか?</p> <p>職業訓練の種類</p> <p>場所 (国名、市町村名)</p> <p>期間</p> <p>修了日</p>
<p>3 Haben Sie eine Fachschule besucht?</p> <p>in (Land, Ort)</p> <p>vom - bis</p> <p>Abschluß am</p>	<p>nein <input type="checkbox"/> いいえ ja <input type="checkbox"/> はい</p> <p>Tag/日    Mona/月    Jahr/年</p> <p>                     </p>	<p>専門学校に行きましたか?</p> <p>場所 (国名、市町村名)</p> <p>期間</p> <p>修了日</p>
<p>4 Haben Sie eine Hochschule besucht?</p> <p>in (Land, Ort)</p> <p>vom - bis</p> <p>Abschluß am</p>	<p>nein <input type="checkbox"/> いいえ ja <input type="checkbox"/> はい</p> <p>Tag/日    Mona/月    Jahr/年</p> <p>                     </p>	<p>大学に行きましたか?</p> <p>場所 (国名、市町村名)</p> <p>期間</p> <p>修了日</p>

E Zeiten der Kindererziehung

育児期間

<p>1 Hat der Versicherte ein Kind in den ersten 36 (12*) Kalendermonaten nach der Geburt erzogen? Falls „ja“: Bitte Fragen 2 und 3 beantworten.</p>	<p>nein <input type="checkbox"/> いいえ ja <input type="checkbox"/> はい</p>	<p>被保険者はこの過去 36 (12*) 暦月において育児に携わりましたか?  「はい」の場合 質問 2 と 3 に答えてください</p>	
<p>2 Welche Kinder wurden erzogen? どの子供の育児に携わりましたか?</p>			
	<p>Name, Vorname / 氏、名</p>	<p>Geburtsdatum / 生年月日</p>	<p>Geburtsort und Staat / 出生地及び国名</p>
<p>1. Kind / 1 子</p>		<p>Tag/日   Mona/月   Jahr/年      </p>	
<p>2. Kind/ 2 子</p>		<p>Tag/日   Mona/月   Jahr/年      </p>	
<p>3. Kind/ 3 子</p>		<p>Tag/日   Mona/月   Jahr/年      </p>	
<p>4. Kind/ 4 子</p>		<p>Tag/日   Mona/月   Jahr/年      </p>	
<p>5. Kind/ 5 子</p>		<p>Tag/日   Mona/月   Jahr/年      </p>	
<p>6. Kind/ 6 子</p>		<p>Tag/日   Mona/月   Jahr/年      </p>	
<p>Falls Raum nicht ausreicht, bitte Einlegeblatt benutzen / 記入欄が足りない場合には別の用紙を使用してください。</p>			
<p>3 Wurde die Anrechnung von Kindererziehungszeiten für die unter Ziffer 2 aufgeführten Kinder bereits von einer anderen Person beantragt? Falls „ja“ von wem? - Name, Vorname  - Versicherungsnummer</p>	<p>nein <input type="checkbox"/> いいえ ja <input type="checkbox"/> はい</p>	<p>第 2 欄に記入した子の 育児期間の通算を別の者が すでに申請しましたか?  「はい」の場合: 誰が申請しましたか? - 氏、名  - 保険番号</p>	

\* bei Geburten bis 31.12.1991 / 生年月日が 1991 年12月31日以前の場合

F Angaben über Beschäftigungszeiten in Deutschland, Japan und Drittstaaten (bitte die Beschäftigungen in chronologischer Reihenfolge auflühren und ggf. das Drittland benennen)

ドイツ、日本及びその他の国での就業期間に関する事項 (年代順に記入してください。また該当する場合にはその他の国の国名も記入してください)

Zeitraum der Beschäftigung, selbständigen Tätigkeit, freiwilligen Beitragszahlung und der anderen rentenrechtlichen Zeiten* oder Zeiten in denen keine Arbeit verrichtet wurde. /  就業、自営業、任意保険金支払い期間及びその他年金期間 *あるいは就業していなかった  vom - bis / 期間	Name und Anschrift des Arbeitgebers; bei selbständiger Tätigkeit bitte „selbständig“ angeben. Für Zeiten, in denen keine Arbeit verrichtet wurde, ist anzugeben, ob freiwillige Beiträge gezahlt wurden. /  雇入者の名前と住所; 自営業の場合には「自営」と記入してください。就業していなかった期間に関しては、その期間に任意保険金を支払ったか記入してください	Genaue Bezeichnung der ausgeübten Tätigkeit oder des Berufs /  業務あるいは職業の詳しい内容
Tag/日   Mona/月   Jahr/年   Tag/日   Mona/月   Jahr/年		
Tag/日   Mona/月   Jahr/年   Tag/日   Mona/月   Jahr/年		
Tag/日   Mona/月   Jahr/年   Tag/日   Mona/月   Jahr/年		
Tag/日   Mona/月   Jahr/年   Tag/日   Mona/月   Jahr/年		
Tag/日   Mona/月   Jahr/年   Tag/日   Mona/月   Jahr/年		
Tag/日   Mona/月   Jahr/年   Tag/日   Mona/月   Jahr/年		
Tag/日   Mona/月   Jahr/年   Tag/日   Mona/月   Jahr/年		
Tag/日   Mona/月   Jahr/年   Tag/日   Mona/月   Jahr/年		
Tag/日   Mona/月   Jahr/年   Tag/日   Mona/月   Jahr/年		
Tag/日   Mona/月   Jahr/年   Tag/日   Mona/月   Jahr/年		
Tag/日   Mona/月   Jahr/年   Tag/日   Mona/月   Jahr/年		
Tag/日   Mona/月   Jahr/年   Tag/日   Mona/月   Jahr/年		
Tag/日   Mona/月   Jahr/年   Tag/日   Mona/月   Jahr/年		

An welchen Versicherungsträger wurde der letzte Beitrag gezahlt? / 最後に保険金を支払ったのはどの保険者にですか?

- an eine LVA  州保険庁
- BfA  連邦職員保険庁
- Bundesknappschaft  連邦鉱山保険組合
- Seekasse  海員金庫
- Bahnversicherungsanstalt  連邦鉄道保険庁

\* Zu den anderen deutschen rentenrechtlichen Zeiten gehören insbesondere Zeiten des militärischen oder militärischen Dienstes, der Kriegsgefangenschaft, der Freiheitsbeschränkung oder -entziehung im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes, des politischen Gewahrsams im Sinne des Häftlingshilfegesetzes, der Vertreibung oder Flucht im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes, ferner Zeiten der Krankheit, des Mutterschutzes und der Arbeitslosigkeit./

その他年金期間には特に連邦賠償法の意味における兵役、準軍務、戦時捕虜、自由の制限あるいは剥奪、捕虜援助法の意味における政治的拘禁、連邦難民法の意味における追放あるいは逃亡及び病気、出産保護、失業期間も含まれます。



<p>2) Wurde für die letzte Beschäftigung ein Arbeitsentgelt für Zeiten gezahlt, in denen die Beschäftigung tatsächlich nicht ausgeübt wurde (z. B. Lohnfortzahlung bei Krankheit)? Falls „ja“ ist anzugeben</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Art der Zahlung/Grund der Zahlung</li> <li>- Zeitraum, für den die Zahlung erfolgt ist (Bescheinigung des Arbeitgebers über Dauer und Höhe der Zahlung ist beizufügen)</li> </ul>	<p style="text-align: center;">nein <input type="checkbox"/> いいえ ja <input type="checkbox"/> はい</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Tag/日    Mona/月    Jahr/年    Tag/日    Mona/月    Jahr/年</p> <p style="text-align: center;">                                             </p>	<p>最後の勤務で仕事をなさなかった期間に対して労働報酬が支払われましたか (例として病気の際の賃金継続支払い)</p> <p>「はい」の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 支払いの種類 / 支払いの理由</li> <li>- 支払いがなされた期間 (支払い期間及び支払い額に関する雇用の証明書を添付してください)</li> </ul>
<p>3) Ärztliche Behandlung</p> <p>a) Sind Sie in der letzten Zeit ärztlich behandelt worden? Falls „ja“ ist anzugeben</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wegen welcher Leiden</li> <li>- Beginn und Ende der Behandlung</li> <li>- Name und Anschrift des Arztes</li> </ul> <p>b) Wurden Sie in den letzten 3 Jahren in einem Krankenhaus stationär behandelt? Falls „ja“ ist anzugeben</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wegen welcher Leiden</li> <li>- Beginn und Ende der Behandlung</li> <li>- Name und Anschrift des Krankenhauses</li> </ul>	<p style="text-align: center;">nein <input type="checkbox"/> いいえ ja <input type="checkbox"/> はい</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Tag/日    Mona/月    Jahr/年    Tag/日    Mona/月    Jahr/年</p> <p style="text-align: center;">                                         </p>	<p>医師の手当て</p> <p>a) 最近、医師の手当てを受けたことがありますか? 「はい」の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 何の傷病でしたか</li> <li>- 手当て開始と終了</li> <li>- 医師の名前と住所</li> </ul> <p>b) この過去 3 年間に入院したことがありますか? 「はい」の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 何の傷病でしたか</li> <li>- 入院期間</li> <li>- 病院の名称と住所</li> </ul>
<p>4) a) Ist die Erwerbsminderung durch andere Personen, einen Unfall oder eine Berufskrankheit verursacht worden? Falls „ja“ ist anzugeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Ursache</li> <li>- Tag des Unfalls</li> </ul> <p>b) Falls der Unfall durch andere Personen verursacht worden ist, sind Name und Anschrift des Schädigers anzugeben:</p> <p>c) Wurden Schadensersatzansprüche geltend gemacht? falls „ja“:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gegen wen?</li> </ul>	<p style="text-align: center;">nein <input type="checkbox"/> いいえ ja <input type="checkbox"/> はい</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Tag/日    Mona/月    Jahr/年</p> <p style="text-align: center;">                         </p> <hr/> <p style="text-align: center;">nein <input type="checkbox"/> いいえ ja <input type="checkbox"/> はい</p>	<p>a) 稼働能力減少は他人、事故あるいは業務上がその理由でしたか? 「はい」の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 原因</li> <li>- 事故の年月日</li> </ul> <p>b) 事故の原因が第三者にあった場合には、加害者の名前と住所を記入してください</p> <p>c) 損害賠償を請求しましたか? 「はい」の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 誰に対してでしたか?</li> </ul>

I Erklärung

表明

<p>Sämtliche Fragen in diesem Antrag habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Mir ist bekannt, daß ich bei wissentlich falschen Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, daß alle ärztlichen Gutachten oder Krankheitsbefunde, die in Rentenverfahren vorgelegt werden, von dem zuständigen Versicherungsträger eingesehen und verwertet werden können.</p> <p>Ich bin ebenfalls damit einverstanden, mich - soweit erforderlich - zur Absicherung des medizinischen Befundes ambulant oder stationär untersuchen zu lassen.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, daß alle vorgelegten Unterlagen und Beweismittel, die sich auf diesen Antrag beziehen oder die nach einer Entscheidung über diesen Antrag benötigt werden, vom japanischen Versicherungsträger dem zuständigen deutschen Versicherungsträger und vom zuständigen deutschen Versicherungsträger dem japanischen Versicherungsträger zur Verfügung gestellt werden.</p> <p>Die Beantwortung der Fragen ist erforderlich, damit über meinen Antrag entschieden werden kann; die Fragen ergeben sich aus den maßgeblichen gesetzlichen Vorschriften.</p> <p>Meine Mitwirkungspflicht und deren Umfang richten sich nach den §§ 60 ff. des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann die Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).</p> <p>Ich verpflichte mich, Änderungen, die den Bezug der Rente beeinflussen können, unverzüglich dem leistungspflichtigen Versicherungsträger mitzuteilen.</p>	<p>この申請書の質問はすべて誠意をもって答えました。故意に偽った場合には刑罰の対象になることを承知しています。</p> <p>担当保険者が、年金手続きに提示される医師の専門鑑定書あるいは所見を閲覧し、利用することに同意します。</p> <p>医療所見の確証のために、必要であるならば外来あるいは入院による診断を受けることにも同意します。</p> <p>この申請書に関し提出された、あるいは申請の審査後に必要となる書類及び証拠品が日本の担当保険者からドイツの担当保険者へ、あるいはドイツの担当保険者から日本の担当保険者へ送付されることにも同意します。</p> <p>私の申請書の審査のために質問に答えることが必要です。この質問は一般の法規定に基づきます。</p> <p>私の協力義務及びその範囲は社会法典第一本 (SGB I) の第 60 条に基づきます。協力しない場合には給付は完全にあるいは一部拒絶あるいは取消しとなる場合があります (社会法典第一本第 66 条)</p> <p>私は年金受給に影響を与える可能性のある変更を給付保険者に遅滞なく通知する義務を負います。</p>
---	--

Unterschrift des Antragstellers

申請者署名

Datum	Tag/日	Monat/月	Jahr/年		日付
Unterschrift					署名

J Bestätigung durch den japanischen Träger

日本の保険者による確認

Tag der Antragstellung nach Art. 17 des Abkommens	Tag/日	Monat/月	Jahr/年		協定第 17 条に基づく申請日
Die Personenstandsdaten zu E.2 werden aufgrund vorgelegter Urkunden bestätigt.	nein <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 20px;">いいえ</span> ja <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 20px;">はい</span>				提示された証書により E2 項の続柄に関する事項を確認する
Datum	Tag/日	Monat/月	Jahr/年		日付
Dienststempel des japanischen Versicherungsträgers und Unterschrift					日本の保険者の職印と署名