



## Application for an old-age pension for persons residing outside Switzerland under the Agreement on Social Security between Switzerland and Japan

社会保障協定に関するスイス連邦と日本国との協定に基づくスイス国外に居住している者のための老齢年金申請書

Competent Swiss compensation office for dealing with the application  
当該申請書を担当するスイス補償局

\_\_\_\_\_

Application received on (Swiss competent compensation office)  
申請書受付日（スイス補償局による記入）

\_\_\_\_\_

Application received on (JP social security institution)  
申請書受付日（日本の社会保障機関による押印）

\_\_\_\_\_

Please complete this application form in Roman block letters. For Japanese, please also indicate their names in Kanji letters. 原則、この申請書は、ローマ字ブロック体で記入してください。日本人の方は、氏名を漢字でも記入してください。

### 1 Identity of the insured person 被保険者情報

	Roman letters ローマ字/Kanji letters 漢字				
1.1 Surname 姓	_____ / _____				
1.2 Previous names 旧姓	_____ / _____				
1.3 First and middle names 名およびミドルネーム	_____ / _____				
1.4 Date of birth 生年月日	_____ day, month, year 日, 月, 年				
1.5 Japanese Basic Pension number 日本の基礎年金番号	____ _				
1.6 Swiss Social Security number スイス社会保障番号	____ _				
1.7 Civil status* 婚姻の状況	Single 単身 <input type="checkbox"/>	Married since 既婚（いつから） _____ day, month, year 日, 月, 年	Divorced since 離婚（いつから） _____ day, month, year 日, 月, 年	Widowed since 寡婦（夫）（いつから） _____ day, month, year 日, 月, 年	Separated since 別居（いつから） _____ day, month, year 日, 月, 年
1.8 Nationality(ies) 国籍	_____				

Since \_\_\_\_\_ Place of origin \_\_\_\_\_  
いつから day, month, year 日, 月, 年 出生地 for Swiss nationals スイス国籍保有者のみ

1.9 Address  
住所

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Postal code \_\_\_\_\_ Town \_\_\_\_\_ Prefecture \_\_\_\_\_ Country \_\_\_\_\_  
郵便番号 市区町村 都道府県 国

2 Identity of the insured persons' spouse / registered partner LPart\* 被保険者の配偶者/公法上のパートナー

Roman letters ローマ字/Kanji letters 漢字

2.1 Surname 姓 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

2.2 Previous names 旧姓 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

2.3 First and middle names 名およびミドルネーム \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Date of birth 生年月日 day, month, year 日, 月, 年

2.4 Japanese Basic Pension number 日本の基礎年金番号 \_\_\_\_\_

2.5 Swiss Social Security number スイス社会保障番号 \_\_\_\_\_

2.6 Nationality(ies) 国籍 \_\_\_\_\_

Since \_\_\_\_\_ Place of origin \_\_\_\_\_  
いつから day, month, year 日, 月, 年 出生地 for Swiss nationals スイス国籍保有者のみ

2.7 Address  
住所

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3 Identity of the ex-spouse / partner. To be completed if the insured person is widowed or has been married / in a registered partnership LPart\* more than once.

元配偶者・パートナー。被保険者が寡婦(夫)である、過去に結婚歴がある、または登録パートナー制度 LPart\*に登録していたことがある場合に記入。

	Roman letters ローマ字/Kanji letters 漢字
3.1 Surname 姓	_____ / _____
3.2 Previous names 旧姓	_____ / _____
3.3 First and middle names 名およびミドルネーム	_____ / _____ Date of birth 生年月日 day, month, year 日, 月, 年
3.4 Date of marriage* 婚姻年月日	_____ Date of divorce* 離婚年月日 day, month, year 日, 月, 年 Date of death 死亡年月日 day, month, year 日, 月, 年
3.5 Address 住所	_____ _____
3.6 If there are other ex-spouses, please give all information under points 3.1 to 3.5 concerning them on a separate sheet of paper, which must be submitted with this application. 他にも元配偶者がいる場合、3.1 から 3.5 に関してすべての情報を別紙に記述のうえ、この申請書と併せて提出してください。	

\* **LPart** = Federal Law on civil partnerships between persons of the same sex. In this form, the civil status designations also have the following meanings: • marriage: civil partnership, • divorce: legal dissolution of the civil partnership, • widowhood: death of the civil partner.

同性者間に関する市民パートナーシップ連邦法、本申請書において、婚姻歴の区分には次の意味もふくまれます。

・婚姻：市民パートナーシップ      ・離婚：市民パートナーシップの合法的解消      ・寡婦（夫）：市民パートナーの死亡

318.000.1 GB

4. Information concerning all the insured person's children. 被保険者のすべての子に関する情報 For fostered or adopted children, please provide the official documents. 里子もしくは養子の場合には公的な書類を提供してください。	
4.1 In order to examine the right to a bonus for educational tasks, <b>all</b> children must be listed. For children between the age of 18 and 25 who are students or doing an apprenticeship, please enclose the relevant studies or apprenticeship certificates. 養育期間について審査するため、すべての子について記載してください。 18 歳から 25 歳までの子が、学生もしくは実習期間である場合には、学業や実習期間に関する証明書類を添付してください。	

Roman letters ローマ字/Kanji letters 漢字

Surname 姓	First and middle names 名およびミドルネーム	Sex 性別 F/M 女性/男性	Date of birth day, month, year 生年月日 日, 月, 年	If applicable, date of death day, month, year (該当する場合) 死亡年月日 日, 月, 年	Own child* 自身の子	Spouse's child* 配偶者の子	Adopted child* 養子	Fostered child* 里子
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Please indicate the relationship with a cross

該当項目にチェック “×” を付けてください。

## 5. General information 一般的な質問

5.1 Has an application already been made or is an OASI/DI benefit or a disability allowance already paid in favour of:  
老齢及び遺族保険(OASI)/障害給付または障害手当について、下記の人物を受給者として、すでに申請を行っている、あるいは支払を受けていますか？

- the insured person? 被保険者

Yes はい ☐

No いいえ ☐

- the spouse / civil partner (LPart)? 配偶者/市民パートナー(LPart)

Yes はい ☐

No いいえ ☐

- a child? 子

Yes はい ☐

No いいえ ☐

5.2 Do you wish to anticipate the right to an old-age pension?

あなたは老齢年金を早期に受け取る権利を望みますか？

Yes はい ☐

No いいえ ☐

If yes, what is the desired anticipation period:

(see leaflet 3.04 available from the Swiss compensation offices)

「はい」の場合、その希望の期間は:

(スイス補償局作成のリーフレット 3.04 をご覧ください)

1 year 1 年 ☐

2 years 2 年 ☐

5.3 Do you wish to postpone the start of the pension payment?

あなたは年金の支払いを先延ばしすることを望みますか？

Yes はい ☐

No いいえ ☐

## 6. Payment address 支払先所在地

Name of bank \_\_\_\_\_  
銀行名

Name of branch bank office \_\_\_\_\_  
銀行支店名

Address of the bank (street and number) \_\_\_\_\_  
銀行住所（通り及び番地）

\_\_\_\_\_

Postal code \_\_\_\_\_ Town \_\_\_\_\_ Prefecture \_\_\_\_\_ Country \_\_\_\_\_  
郵便番号 市区町村 都道府県 国

Bank code (SWIFT/BIC/IBAN) \_\_\_\_\_  
銀行コード(SWIFT/BIC/IBAN) If you wish payments of your benefits are transferred to your bank account in Japan, please write SWIFT/BIC code of the Bank. 日本の銀行口座への振り込みを希望する場合には、銀行の SWIFT/BIC コードを記入してください。

Bank account number:  
銀行口座番号

\_\_\_\_\_

## 7. General information concerning the residence and the gainful employment in Switzerland of the insured person. 被保険者のスイスにおける居住と就労所得に関する一般的な質問

- 7.1 Where and for how long have you lived or resided in Switzerland?  
Foreign nationals should indicate the type of permit: seasonal worker, frontier worker, annual or C permit or other.  
スイスにおいて、どこでどれ程の期間、生活または居住していましたか。  
外国籍の者は、滞在許可書の種類を明示してください。：季節労働者、国境周辺労働者、一年滞在または永住許可など。

Town 市町村	from (month, year) 自(月, 年)	until (month, year) 至(月, 年)	Type of permit 滞在許可書の種類
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

- 7.2 Please indicate the gainful employment in Switzerland:  
スイスにおける就労活動を明示してください。

Employer and profession 雇用主および職種	Town 市町村	from (month, year) 自(月, 年)	until (month, year) 至(月, 年)

## 8. General information concerning the spouse's / ex-spouse's residence in Switzerland スイスに居住している配偶者／以前の配偶者に関する一般的な質問

### 8.1 Has your spouse ever lived or resided in Switzerland?

あなたの配偶者はスイスで生活または居住していたことがありますか。

Foreign nationals should indicate the type of permit: seasonal worker, frontier worker, annual or C permit or other.

外国籍の者は、滞在許可書の種類を明示してください。：季節労働者、国境周辺労働者、一年滞在または永住許可など。

Town 市町村	from (month, year) 自(月, 年)	until (month, year) 至(月, 年)	Type of permit 滞在許可書の種類

### 8.2 If the insured person is widowed or if there are any **ex-spouses** (mentioned under point 3), please indicate the information concerning their stay or residence in Switzerland:

被保険者が寡婦（夫）もしくは過去に数人の配偶者がいた場合（「3」を参照）、スイスにおけるそれらの者の滞在先または居住地の情報を明示してください。

Town 市町村	from (month, year) 自(月, 年)	until (month, year) 至(月, 年)	Type of permit 滞在許可書の種類

If there are other ex-spouses, please write all information concerning them requested under point 8.2 on a separate sheet, which you are kindly asked to join to this application.

元配偶者が他にいる場合、それらの者について 8.2 項で求められているあらゆる情報を別紙に記述して、この申請書と併せて提出してください。

## 9. Copy of documents to send with the application 申請書と共に送付する書類の写しについて

- all OASI certificates in your possession 保有するすべての OASI 証明書
- OASI stamp books in your possession 保有するすべての OASI 手帳

- copies of Swiss residence confirmations スイス居住確認書の写し（滞在許可証の写し）

- Swiss work certificates スイス就労証明書

- Salary certificates スイスでの給与証明

*Should these documents be missing, the insurance period in Switzerland will be determined based on the available information.*これらの書類が添付されない場合、スイス保険期間はスイスが保有する情報に基づいて決定されます。

**10. Copies of the official documents if necessary and available confirming:**  
**必要且つ確認可能であれば、下記の公文書の写しを添付してください。**

---

- the civil status of the insured person 被保険者の婚姻状態

- the nationality of the insured person 被保険者の国籍

- the date of birth of all persons mentioned in the application 申請書に記載した全員の生年月日に関するもの

- the date of death of all deceased persons mentioned in the application 申請書に記載した全員の死亡年月日に関するもの

- the divorce date of all divorced persons mentioned in the application 申請書に記載した離婚相手全員との離婚日

- the residence address of the insured person 被保険者の居住地住所

- the official status documents for fostered or adopted children 里子または養子の身分に関する公文書

For Japanese, the above-mentioned documents are equivalents to 日本人の方の場合に、対応する文書は以下のとおりです。

-a certified copy of family register 戸籍謄(抄)本

-a resident certificate 住民票

**To be attached if available:** training certificates, credentials of educational establishments and employers, copy of divorce or separation decrees or of divorce certificates, life certificates, death certificate, certificates of guardianship authority, etc

可能であれば添付する書類：訓練証明書、教育機関および雇用主による陳述書、離婚・別居命令書または離婚証明書の写し、生存証明書、死亡証明書、後見権限証明書など。

---

The undersigned certifies that all the information given in this declaration is true and complete. The benefits paid on the basis of false information or declaration will have to be returned.

署名者は本申請書に記載したすべての情報が真実かつ完全であることを証します。虚偽の情報または申告に基づいて支払われた給付金は返還するものとします。

Date and place

日付および場所

Signature of the applicant or of his/her legal representative

申請者または法定代理人の署名

---

If the applicant is under supervision, please indicate the name and address of the guardian.

申請者が保護下にある場合、保護者の氏名および住所を記載してください。

---

**11. Power of attorney (optional) 委任状（任意）**

---

The applicant gives power of attorney to: 申請者は（下記の者に）委任をする：

Name 氏名 \_\_\_\_\_  
Address 住所 \_\_\_\_\_

to represent them, acknowledge the file, act on his/her behalf and receive the decision and the documents concerning the present application. 申請者は下記の者に代理権を付与し、本申請に関して、申請者の代理行為、ファイルの確認、申請者の代行、決定書および文書の受領を委任します。

Date 日付	Signature of the applicant 申請者の署名	Signature of the representative 代理人の署名
_____	_____	_____

The competent Swiss compensation office dealing with the application certifies that the information given under points 1 to 4.1 of the present form have been verified by means of valid documentary evidence.  
当該申請書を担当するスイス補償局は、本申請用紙の 1 項から 4.1 項に記載した情報が有効な書証によって立証されていることを証します。

Date and place 日付および場所	Signature and stamp of the competent compensation office 署名および補償局のスタンプ
_____	_____

Observations: 所見

Enclosures: 同封物