

3. 子に関する情報 / Informações sobre filhos							
1	①氏 Sobrenome	ローマ字 / em letras romanas	②名 Nome	ローマ字 / em letras romanas			
		カタカナ / em letras Katakana		カタカナ / em letras Katakana	漢字 / em letras Kanji		
	③性別 Sexo	<input type="checkbox"/> 男 / Masculino	<input type="checkbox"/> 女 / Feminino	④生年月日 Data de nascimento	西暦 / Ano	月 / Mês	日 / Dia
	⑤障害の状態にありますか / Criança com deficiência?		<input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não				
	⑥年収が850万円未満ですか Renda anual abaixo de 8,5 milhões de ienes?		<input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não				
2	①氏 Sobrenome	ローマ字 / em letras romanas	②名 Nome	ローマ字 / em letras romanas			
		カタカナ / em letras Katakana		カタカナ / em letras Katakana	漢字 / em letras Kanji		
	③性別 Sexo	<input type="checkbox"/> 男 / Masculino	<input type="checkbox"/> 女 / Feminino	④生年月日 Data de nascimento	西暦 / Ano	月 / Mês	日 / Dia
	⑤障害の状態にありますか / Criança com deficiência?		<input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não				
	⑥年収が850万円未満ですか Renda anual abaixo de 8,5 milhões de ienes?		<input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não				

4. 支払金融機関に関する情報 / Informações da instituição financeira para remessa do benefício			
①銀行の名前 Nome do banco		③口座番号 Número da conta	
②本店又は支店名 Sede ou sucursal do Banco	<input type="checkbox"/> 本店 / Sede <input type="checkbox"/> _____ 支店 Sucursal	④銀行の住所 Endereço do banco	ローマ字 / em letras romanas カタカナ / em letras Katakana

5. 申請者が現在受給している日本国の公的年金に関する情報 / Pensão pública japonesa que o requerente está					
申請者は既に日本国の公的年金を受給していますか。 O requerente está recebendo benefício de algum sistema público japonês de pensão?		<input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não			
1	①制度名 Nome do sistema	③支給を受けることになった年月日 Data da concessão do benefício	西暦 / Ano	月 / Mês	日 / Dia
	②年金の種類 Tipo de pensão	<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金 / Idade <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金 / Invalidez <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金 / Morte			
④年金コード又は年金証書の記号番号 Código de Pensão ou Código do Certificado de Pensão					
配偶者は既に日本国の公的年金を受給していますか。 O cônjuge do(a) segurado(a) está recebendo benefício de algum sistema público japonês de pensão?		<input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não			
2	①制度名 Nome do sistema	③支給を受けることになった年月日 Data da concessão do benefício	西暦 / Ano	月 / Mês	日 / Dia
	②年金の種類 Tipo de pensão	<input type="checkbox"/> 老齢を支給事由とする年金 / Idade <input type="checkbox"/> 障害を支給事由とする年金 / Invalidez <input type="checkbox"/> 死亡を支給事由とする年金 / Morte			
④年金コード又は年金証書の記号番号 Código de Pensão ou Código do Certificado de Pensão					

6. 日本の保険加入期間に関する情報 / Histórico de cobertura dos Sistemas Japoneses de Pensão

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。

Preencha o seu histórico de contribuição sob cobertura do sistema público de pensão japonês da forma mais detalhada e exata possível.

加入期間 (西暦/月/日) Periodos de cobertura De A/M/D Até A/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 / Nome do estabelecimento empregador, ou do proprietário da embarcação da qual você foi tripulante	事業所 (船舶所有者) の所在地又は国民年金加入時の住所 / Endereço do estabelecimento empregador, ou do proprietário da embarcação da qual você foi tripulante, ou o endereço onde você residia quando estava inscrito no Sistema de Pensão Nacional	加入していた年金制度等 (注) Sistema de pensão no qual você estava inscrito (*)
/ / 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			
/ / 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。

(*)

- Preencha o espaço com os números da seguinte maneira: "1" para Pensão Nacional; "2" para Seguro de Pensão para Empregados (exceto Seguro para Tripulantes de Embarcações/ Associação de Ajuda Mútua); "3" para Seguro de Pensão para Tripulantes de Embarcações (Marinheiros); e "4" para Seguro de Pensão para Empregados (Associação de Ajuda Mútua)
- No caso de "4", Seguro de Pensão para Empregados (Associação de Ajuda Mútua), preencha a designação da Associação de Ajuda Mútua correspondente.
- Preencha esta coluna com seu sobrenome de solteiro/a, caso o mesmo tenha sido mudado em virtude de casamento ou outras razões.

最後に勤務した事業所又は現在勤務している事業所について Sobre seu último local de trabalho ou o estabelecimento onde você trabalha atualmente	①名称 Nome do empregador	
②健康保険の被保険者証の記号番号 (わかずは記入) Código da Carteira de Segurado do Seguro Público de Saúde (se você souber)		
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。 Alguma vez você já foi o segurado tipo 4 quem contribui individualmente ao Sistema Básico de Pensão ou o segurado voluntário e contínuo sob o regime de Seguro de Pensão para Tripulantes de Embarcações?	<input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não	
①被保険者の整理記号番号 Nº do código de referência da pessoa segurada		
②保険料を納めた期間 Períodos durante os quais as contribuições foram pagas	自 / De	西暦 / Ano 月 / Mês 日 / Dia
	至 / Até	
③保険料を納めた年金事務所名 (社会保険事務所名) Nome da Instituição/Escritório de Seguro Social para a qual as contribuições do seguro foram pagas (Sucursal do Serviço de Pensão do Japão)		

7. 障害を支給事由とする年金に関する情報 / Informação para solicitação de benefícios por invalidez

1	請求の区分 Tipo de solicitação	<input type="checkbox"/> ①認定日による請求 Solicitação de benefícios com início da incapacidade	<input type="checkbox"/> ②事後重症による請求 Solicitação de benefícios devido ao avanço/progresso da incapacidade
	②の場合、過去に①による請求をしたことがありますか。 Se voce marcou ②, já solicitou benefícios pelo motivo ①?		<input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não
2	過去に日本国の公的年金の障害を支給事由とする年金を受給しましたか。 Você, alguma vez, já recebeu pensão pública japonesa por invalidez?		<input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não
	年金の名称 / Nome da Pensão		
	年金コード又は年金証書の記号番号 Código de Pensão ou Nº do Certificado de Pensão		
3	傷病について / Sobre a doença/lesão		
	①傷病名 / Nome da doença ou lesão		
	②傷病の発生した日 / Data do início da doença/lesão		西暦 / Ano 月 / Mês 日 / Dia
	③初診日 Data do primeiro exame médico		西暦 / Ano 月 / Mês 日 / Dia
	④初診日において加入していた公的年金制度 A qual sistema público de pensão você estava vinculado quando da data do primeiro exame médico		<input type="checkbox"/> 国民年金 / Pensão Nacional <input type="checkbox"/> 厚生年金保険 / Seguro de Pensão para Empregados <input type="checkbox"/> 厚生年金保険(共済組合) / Seguro de Pensão para Empregados (Associação de Ajuda Mútua) <input type="checkbox"/> ブラジル年金制度 / Plano Brasileiro de Pensão
	⑤症状が固定して治療の効果が期待できない場合は固定した日 Data quando o estado da enfermidade/ferimento se tornou estável sem expectativa de maior recuperação		西暦 / Ano 月 / Mês 日 / Dia
	⑥傷病の原因は職務上ですか。 A doença/lesão foi causada pelo trabalho?		<input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não
	⑦この傷病により右の制度から保険給付を受けられる又は請求中ですか。 Você é elegível ou está requerendo benefícios para esta doença/lesão sob alguns dos sistemas listados a direita?		<input type="checkbox"/> 労働基準法 / Lei Básica do Trabalho <input type="checkbox"/> 船員保険法/Lei de Seguro para trabalhadores marítimos <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法 / Lei do Seguro de Compensação por Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> 国家公務員災害補償法/ Lei do Seguro de Compensação por Acidente de Trabalho dos Funcionários Públicos Nacionais <input type="checkbox"/> 地方公務員災害補償法 / Lei do Seguro de Compensação por Acidente de Trabalho dos Funcionários Públicos Regionais <input type="checkbox"/> 公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する法律 / Lei de Compensação Acidentária Ocupacional para Médicos, Dentistas e Farmacêuticos das Escolas Públicas
	⑧ ⑦の制度から受けられるときはその種類 Tipo de benefícios do sistema escolhido em ⑦, para o qual você é elegível		<input type="checkbox"/> 障害保障給付 (障害給付 / Benefício de Compensação por Deficiência (Benefício por Deficiência) <input type="checkbox"/> 傷病補償給付 (傷病年金 / Benefício de Compensação por Invalidez (Benefício por Invalidez)
	支給の発生した日 Data do direito		西暦 / Ano 月 / Mês 日 / Dia
⑨傷病の原因は第三者行為によりますか。 A doença/lesão foi causada por uma situação que não esteja vinculada ao trabalho?		<input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não	

8. 署名 / Declaração e assinatura do requerente

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。私はブラジル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。

Eu declaro que as informações por mim prestadas neste formulário são verdadeiras e completas. Autorizo a Instituição Competente Brasileira fornecer às Instituições Competentes Japonesas todas as informações e documentos que se relacionam ou poderiam estar relacionadas a este requerimento de benefícios.

申請者の署名:

Assinatura do requerente : _____

