

社会保障に関する日本国とブラジル連邦共和国との間の協定

JP / BR01B 伯→日

ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE O JAPÃO E A REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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)

Formulário de Pedido para Pensão Nacional / Seguro de Pensão para Empregados (pensão por morte/sobrevivência)
(Usado também como Formulário de Pedido para Seguro de Pensão para Empregados à Associação de Ajuda Mútua)

ブラジル実施機関記入欄
Uso da Instituição competente do Brasil.

受付日が入ったスタンプ
Carimbo com data de recebimento da instituição Competente do Brasil

日本の照会番号 Número de referência japonês

※この請求書は、ブラジルのINSS窓口提出用です。
Este formulário deve ser apresentado ao INSS no Brasil

※日本保険者により記入される欄
Uso exclusivo dos organismos de ligação japoneses

死亡者の日本の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Nº de Pensão Básico Japonês ou Código do Caderno de Pensão da pessoa falecida

死亡者のブラジルにおける労働者識別番号 Número de inscrição do trabalhador no Brasil da pessoa falecida

1. 死亡者に関する情報 / Pessoa falecida

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	漢字 / em letras Kanji		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

2. 申請者に関する情報 / Requerente

①氏 Sobrenome	ローマ字 / em letras romanas		②名 Nome	ローマ字 / letras romanas		
	カタカナ / em letras Katakana	漢字 / em letras Kanji		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住所 Endereço	ローマ字 / em letras romanas					
	カタカナ / em letras Katakana					
⑥死亡者との続柄 Parentesco com o falecido						
⑦申請者の基礎年金番号又は年金手帳の記号番号 Nº de Pensão Básico ou Código do Caderno de Pensão do requerente						
⑧申請者のブラジルにおける労働者識別番号 Nº de inscrição do trabalhador do requerente no Brasil						
⑨電話番号 (国番号、エリアコードを含む) Nº de telefone incluindo código da área e do país						

3. 子に関する情報 / Informações sobre filhos						
1	①氏 Sobrenome	ローマ字 / em letras romanas カタカナ / em letras Katakana	漢字 / em letras Kanji	②名 Nome	ローマ字 / em letras romanas 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 カタカナ / em letras Katakana	漢字 / em em letras Kanji	②名 Nome	ローマ字 / em letras romanas カタカナ / em letras Katakana	漢字 / em 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の公的年金に関する情報 / Pensão pública japonesa que o requerente está recebendo			
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制度名 Nome do sistema		③支給を受けることとなった年月日 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. 死亡者の日本の保険加入期間に関する情報 / Histórico de contribuição da pessoa falecida sob cobertura do Sistema Público de Pensões Japonês

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) Períodos 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 era associado ao 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 o nome 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 o 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 (わかずいは記入) 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 a um Seguro de Pensão para Empregados ou o segurado voluntário e contínuo sob o 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. 死亡を支給事由とする年金に関する情報 / Informação para o requerimento de benefício de Sobrevivência/Pensão

①死亡年月日 / Data do óbito				西暦 / Ano			月 / Mês		日 / Dia						
②死亡の原因である疾病又は負傷の名称 Nome da doença/lesão que causou a morte															
③疾病又は負傷の発生した日 Data de início da doença/lesão		西暦/Ano		月/Mês		日/Dia		④疾病又は負傷の初診日 Data do primeiro exame médico		西暦 / Ano		月 / Mês		日 / Dia	
⑤死亡の原因である疾病又は負傷の発生原因 Causa originária da doença/lesão que causou a morte															
⑥死亡の原因は第三者行為によりますか? A morte foi causada por atos praticados por terceiros?				<input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não		⑦申請を行うものは死亡者の相続人になれますか? O requerente é herdeiro legal da pessoa falecida?				<input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não					
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ていましたか。あるときは番号を○で囲んでください。 O falecido era inscrito em algum sistema público de pensão? Em caso afirmativo, circule o número dos sistemas aplicáveis abaixo.											<input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não				
1. 国民年金法 / Lei Nacional de Pensão 2. 厚生年金保険法 / Lei do Seguro de Pensão para Empregados 3. 船員保険法（1986年4月以後を除く） / Lei do Seguro para Tripulantes de Embarcações (somente antes de abril/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。） / Lei das Associações de Ajuda Mútua dos Funcionários Públicos Nacionais (incluindo Lei do Seguro de Pensão para Empregados (Lei das Associações de Ajuda Mútua dos Funcionários Públicos Nacionais) a partir de outubro de 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（地方公務員共済組合法）を含む。） / Lei das Associações de Ajuda Mútua dos Funcionários Públicos Nacionais Regionais (incluindo Lei do Seguro de Pensão para Empregados (Lei das Associações de Ajuda Mútua dos Funcionários Públicos Nacionais Regionais) a partir de outubro de 2015) 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。） / Lei da Ajuda Mútua dos Funcionários das Escolas Privadas (incluindo Lei do Seguro de Pensão para Empregados (Lei da Ajuda Mútua dos Funcionários das Escolas Privadas) a partir de outubro de 2015) 7. 旧市町村職員共済組合法 / Antiga Lei das Associações de Ajuda Mútua dos Funcionários Públicos Municipais 8. 地方公務員の退職年金に関する条例 / Portaria do Governo relativa à reforma das Pensões dos Funcionários Públicos Regionais 9. 恩給法 / Antiga Lei da Pensão para Funcionários Públicos 10. その他 / Outras ()															
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。 O falecido é receptor de pensão de algum dos sistemas constados acima? Em caso afirmativo, preencha abaixo.											<input type="checkbox"/> はい / Sim <input type="checkbox"/> いいえ / Não				
制度名 Nome do Sistema de Pensão															
年金コードまたは年金証書の記号番号 Código de Pensão ou Código do Certificado de Pensão															

8. 代表者選任に関する情報 / Nome do representante legal em caso de haver mais de um requerente elegível

請求代表者の氏名 Nome do representante	ローマ字 / letras romanas	請求代表者の 生年月日 Data de nascimento do representante	西暦 / Ano		月 / Mês	日 / Dia
	カタカナ / em letras Katakana					
請求代表者の住所 Endereço do representante			請求代表者の元受給者との続柄 Relação de parentesco com a pessoa falecida			

上記の者を請求代理人とします。

Nós nomeamos a pessoa acima nosso representante.

同順位者記入欄
Lista dos requerentes de mesma ordem

氏名 Nome completo	ローマ字 / em letras romanas	生年月日 Data de nascimento	西暦 / Ano		月 / Mês	日 / Dia
	カタカナ / em letras Katakana					
住所 Endereço			元受給者との続柄 Relação de parentesco com a pessoa falecida			
氏名 Nome completo	ローマ字 / em letras romanas	生年月日 Data de nascimento	西暦 / Ano		月 / Mês	日 / Dia
	カタカナ / em letras Katakana					
住所 Endereço			元受給者との続柄 Relação de parentesco com a pessoa falecida			
氏名 Nome completo	ローマ字 / em letras romanas	生年月日 Data de nascimento	西暦 / Ano		月 / Mês	日 / Dia
	カタカナ / em letras Katakana					
住所 Endereço			元受給者との続柄 Relação de parentesco com a pessoa falecida			
氏名 Nome completo	ローマ字 / em letras romanas	生年月日 Data de nascimento	西暦 / Ano		月 / Mês	日 / Dia
	カタカナ / em letras Katakana					
住所 Endereço			元受給者との続柄 Relação de parentesco com a pessoa falecida			
氏名 Nome completo	ローマ字 / em letras romanas	生年月日 Data de nascimento	西暦 / Ano		月 / Mês	日 / Dia
	カタカナ / em letras Katakana					
住所 Endereço			元受給者との続柄 Relação de parentesco com a pessoa falecida			

9. 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: _____